

Universidade Católica Portuguesa

**VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
IMPAIRED WALKING (00088) EM IDOSOS**

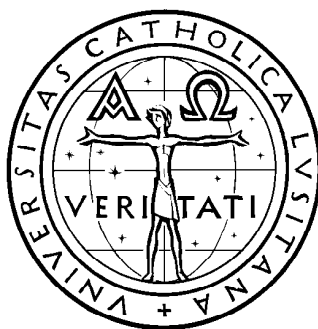
**VALIDATION OF THE NURSING DIAGNOSIS
IMPAIRED WALKING (00088) IN ELDERLY**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem
na especialidade de Enfermagem Avançada

Por
Cristina Maria Alves Marques Vieira

Instituto de Ciências da Saúde

junho, 2017



Universidade Católica Portuguesa

VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
***IMPAIRED WALKING* (00088) EM IDOSOS**

VALIDATION OF THE NURSING DIAGNOSIS
***IMPAIRED WALKING* (00088) IN ELDERLY**

Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem
na especialidade de Enfermagem Avançada

Por

Cristina Maria Alves Marques Vieira

Sob a orientação científica

Professora Doutora Sílvia Maria Alves Caldeira Berenguer

Sob a coorientação científica

Professora Doutora Lisete Maria Ribeiro de Sousa

Instituto de Ciências da Saúde

junho, 2017

“Neste tempo de conversão, agradeço-Te a abundância dos Teus dons na minha vida e peço-Te que me ajudes a estar disponível, a desprender-me daquilo que não é essencial, dos vícios que me enganam, e a lembrar-me da importância das coisas mais pequenas”.

Tolentino Mendonça (2015)

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Sílvia Caldeira pelo privilégio que foi ter sido sua orientanda. A sua orientação, repleta de saber e sensibilidade, acompanhada por motivação e amizade, foi determinante neste processo.

À Professora Doutora Lisete Sousa pela oportunidade de aprendizagem que foi tê-la como orientadora, pelo seu conhecimento, rigor e atenção plena.

À Universidade Católica Portuguesa, particularmente ao Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa, na pessoa do seu Diretor, o Professor Doutor Alexandre Castro Caldas pelo apoio concedido ao longo deste percurso, bem como, à Escola de Enfermagem, na pessoa da sua Coordenadora Nacional, Professora Doutora Margarida Vieira, e ao Coordenador de Lisboa, o Professor Doutor Sérgio Deodato.

À Professora Doutora Helena José pela disponibilidade de orientação inicial.

Ao Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, particularmente à Comissão de Ética e à Direção de Enfermagem pelo interesse neste trabalho de investigação, bem como por todas as facilidades que me proporcionaram. Gostaria de destacar a Senhora Enfermeira Adjunta Ana Gouveia pela forma como operacionalizou a parceria com os vários Centros de Saúde, tornando possível o estudo.

Aos investigadores Lucy Yardley e Pedro Soares-Branco que tão gentilmente autorizaram a utilização das respetivas escalas (FES-I original e ABC em Portugal).

A cada Senhor Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e a cada Senhor Enfermeiro Generalista que disponibilizaram o seu tempo para colaborar nesta investigação.

A minha gratidão a cada pessoa idosa que participou na fase de validação clínica.

À Cláudia Mendes e à Débora Costa. Às tradutoras, especialmente à Sandy Severino, sempre presente nas várias fases desta investigação, e

aos Srs. enfermeiros peritos que colaboraram para alcançar o consenso na tradução. Ao Carlos Leichering pela uniformização dos termos.

À minha família, por serem o meu porto de abrigo.

Aos meus queridos pais, Leonor e José, por sempre e por tudo.

Ao João, meu querido marido, pelo incentivo e apoio incondicional neste percurso, tão cheio de desafios para ambos.

À Madalena, nossa filha, pela compreensão na ausência, mas em especial pela forma única que tem de eternizar cada momento nosso.

Aos meus irmãos, sobrinhos e primos, pela presença afetiva e à Anabela, Tiago e Ana Rita um obrigada especial pela ajuda efetiva.

Aos meus amigos, especialmente ao Luís, à Teresa e à Tânia, pelo constante entusiasmo, estímulo e palavras de conforto.

A cada um em particular, que tão gentilmente participou neste estudo, o meu bem-haja.

RESUMO

Introdução: O diagnóstico de enfermagem *impaired walking* integra a NANDA Internacional desde 1998. A sua natureza é física. É caracterizado pela objetividade e complexidade do fenómeno que representa e pela importância nos cuidados de enfermagem no que se refere ao risco de quedas, em particular no idoso.

Objetivo: Validar o diagnóstico de enfermagem *impaired walking* em idosos.

Método: Estudo observacional, transversal e quantitativo. Decorreu em três fases, sendo a primeira de revisão sistemática da literatura que identificou as características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico de *impaired walking* e fatores de risco de *risk for falls*. A segunda, de tradução e adaptação do diagnóstico de enfermagem. A terceira, de validação clínica dos diagnósticos, através do modelo de Richard Fehring. Nesta fase, procedeu-se também à validação da *Falls Efficacy Scale* Internacional.

Resultados: Da revisão sistemática de literatura obteve-se 17 características definidoras, 34 fatores etiológicos de *impaired walking* e 48 de fatores de risco de *risk for falls*. Obteve-se uma versão em português europeu que precedeu a validação clínica, numa amostra de 126 idosos, cuja média de idades foi de 73,86 anos, maioritariamente do sexo feminino, com o 1º ciclo de escolaridade, em situação de reforma, viuvez e com história de quedas. A prevalência de “andar comprometido” e de “risco de quedas” foi de 64,3% e 68,3% na opinião do perito e de 67,5% e 63,5% na opinião do idoso, respetivamente. Todas as características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco foram validados. A FES-I Portugal foi validada para a amostra considerada e revelou-se fiável e sensível para avaliar ambos os diagnósticos.

Conclusões: Este estudo permitiu fundamentar a necessidade de revisão do diagnóstico andar comprometido e risco de quedas. A identificação das características definidoras e fatores de risco mais sensíveis e específicos permitirá apoiar o enfermeiro na adequação das intervenções que possam promover resultados efetivos.

Descritores: Enfermagem, Diagnósticos de Enfermagem, Estudos de validação, Marcha, Deambular, Caminhar, Idosos.

ABSTRACT

Introduction: The nursing diagnosis *impaired walking* is part of NANDA International since 1998. It is a diagnosis of a physical nature, characterized by the objectivity, by the complexity of the phenomenon it represents, and by the importance in nursing care in relation to the risk of falls, particularly in the elderly.

Objective: Validate the nursing diagnosis *impaired walking* in the elderly.

Method: Observational, cross-sectional and quantitative study. The first phase, a systematic literature review to identify the defining characteristics and related factors of impaired walking and risk factors of risk for falls. The second phase, of translation, linguistic and cultural adaptation of the nursing diagnosis. The third, of clinical validation of the diagnoses using the clinical validation model of Richard Fehring. At this stage, the validation of the Falls Efficacy Scale International was also performed.

Results: In the systematic literature review 17 defining characteristics, 34 etiological factors of impaired walking and 48 risk factors for falls have been identified. A European Portuguese version was obtained, and submitted to the clinical validation in a sample of 126 elderly, whose average age was 73.86 years, mostly female, with the 1st cycle of schooling, in a situation of retirement, widowed and with history of falls. The prevalence of "impaired walk" was 64,3% in the expert's opinion and 67,5% in the opinion of the elderly, and the prevalence of "risk of falls" was 68,3% in the expert's opinion, and 63,5% in the opinion of the elderly. All defining characteristics, related factors and risk factors have been validated. The FES-I Portugal was validated for the sample and seems to be a reliable and sensitive measure to evaluate both nursing diagnoses.

Conclusions: This study justifies the need to review the nursing diagnoses impaired walking and risk of falls. The identification of the most sensitive defining characteristics and the most specific risk factors may support nurses' clinical reasoning and interventions towards effective nursing outcomes.

Descriptors: Nursing, Nursing Diagnosis, Walking, Gait, Validation studies.

LISTA DE SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

LISTA	DESCRIÇÃO
A	Número de concordâncias
ABC	<i>Activities-specific Balance Confidence</i>
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
AF	Análise Fatorial
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
ANA	<i>American Nurses Association</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
AUC	<i>Area Under the Curve</i>
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
CDV	<i>Clinical Diagnostic Validation</i>
CE	Comissão Europeia
CESE	Comissão Económica e Social Europeia
CID	Classificação Internacional das Doenças
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
Cont.	Continuação
D	Número de discordâncias
DCV	<i>Diagnostic Content Validation</i>

DeSC	Descritores em Ciências da Saúde
DGS	Direção Geral da Saúde
DOI	<i>Digital Object Identifier</i>
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
E.P.E.	Entidade Pública Empresarial
ECCI	Equipas de Cuidados Continuados Integrados
Ed.	Editor
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EG	Enfermeiro Generalista
Ex.	Exemplo
F1	Frequência de características observadas pelo primeiro observador
F2	Frequência de características observadas pelo segundo observador
FES	<i>Falls Efficacy Scale</i>
FES-I	<i>Falls Efficacy Scale International</i>
ICIDH	<i>International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps</i>
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
INE	Instituto Nacional de Estatística
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
J	Índice de Youden
JB	<i>The Joanna Briggs Institute</i>
Kg/m ²	Kilograma por Metro Quadrado
KMO	<i>Kaiser-Meyer-Holkin</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MS	Ministério da Saúde

n	Frequência
N	Número de sujeitos observados
NA	<i>Not Available</i>
NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NANDA-I	NANDA Internacional
NE	Nível de Evidência
NIC	<i>Nursing Intervention Classification</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
Org.	Organização
PBE	Prática Baseada na Evidência
PEOS	<i>Population, Exposure, Outcome, Study</i>
PICo	<i>Population, Interest Area /Intervention, Context</i>
PICOS	<i>Population, Intervention, Context, Outcome, Study</i>
PNS	Plano Nacional de Saúde
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses</i>
R	Taxa de fiabilidade entre observadores
RAM	Região Autónoma da Madeira
RCM	Resolução do Conselho de Ministros
REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RIL	Revião Integrativa da Literatura

RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
ROC	<i>Receiver Operating Characteristic</i>
RSL	Revião Sistemática da Literatura
SESARAM	Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
Sr. ^a	Senhora
TF	Taxa de Fiabilidade
Trad.	Tradução
UE	União Europeia
VC	Validação Clínica
VPN	Valor Preditivo Negativo
VPP	Valor Preditivo Positivo
WHO	<i>World Health Organization</i>
%	Percentagem

ÍNDICE DE FIGURAS

p.

FIGURA 1: ETAPAS QUE INTEGRAM A COLHEITA DE DADOS ATÉ AO DIAGNÓSTICO.	69
FIGURA 2: O PROCESSO DE ENFERMAGEM MODIFICADO CENTRADO NA PESSOA/FAMÍLIA/GRUPO/COMUNIDADE.	71
FIGURA 3: HIERARQUIA DO SISTEMA PRECONIZADO PELA ENFERMAGEM INTEGRATIVA.	73
FIGURA 4: FASES DO ESTUDO.....	89
FIGURA 5: SELEÇÃO DOS ARTIGOS A INCLUIR NA RSL DE <i>IMPAIRED WALKING</i>	94
FIGURA 6: SELEÇÃO DOS ARTIGOS A INCLUIR NA RSL DE <i>RISK FOR FALLS</i>	97
FIGURA 7: FÓRMULA DE CÁLCULO DA TAXA DE FIABILIDADE RECOMENDADO POR RICHARD FEHRING.	107
FIGURA 8: MAPA DOS MUNICÍPIOS QUE COMPÕEM A RAM.....	110
FIGURA 9: <i>SCREE PLOT</i> DE ANÁLISE FATORIAL DA FES-I PORTUGAL.	152
FIGURA 10: FÓRMULA DO ÍNDICE DE YAUDEN.....	156

ÍNDICE DE TABELAS

p.

TABELA 1: PRINCIPAIS TEORIAS DO ENVELHECIMENTO.	46
TABELA 2: SETE DOMÍNIOS NA PROPOSTA PARA A TAXONOMIA III DA NANDA-I.	72
TABELA 3: INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA MULTIFATORIAL EM IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE.	83
TABELA 4: INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO MEDO DE CAIR EM IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE..	84
TABELA 5: PRINCIPAIS CONCLUSÕES SOBRE A FES-I DOS 10 ESTUDOS.	86
TABELA 6: CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS INCLUÍDOS NA RSL DE <i>IMPAIRED WALKING</i>	116
TABELA 7: DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS NA AMOSTRA DA RSL DE <i>IMPAIRED WALKING</i> E COMPARAÇÃO COM A NANDA-I (2015-2017).	120
TABELA 8: DISTRIBUIÇÃO DOS FATORES RELACIONADOS NA AMOSTRA DA RSL DE <i>IMPAIRED WALKING</i> E COMPARAÇÃO COM A NANDA-I (2015-2017).	122
TABELA 9: CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS INCLUÍDOS NA RSL DE <i>RISK FOR FALLS</i>	123
TABELA 10: DISTRIBUIÇÃO DOS FATORES DE RISCO NA AMOSTRA DA RSL DE <i>RISK FOR FALLS</i> E COMPARAÇÃO COM A NANDA-I (2015-2017).	126
TABELA 11: RESUMO DA INFORMAÇÃO REFERENTE AO NÚMERO DE INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.	135
TABELA 12: DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES POR CONCELHOS.	136
TABELA 13: DURAÇÃO DE PREENCHIMENTO DOS INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	137
TABELA 14: DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO O LOCAL DE PREENCHIMENTO DOS INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	137
TABELA 15: DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES PELA IDADE.....	137
TABELA 16: CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.	138
TABELA 17: DE QUEM SÃO CUIDADORES OS PARTICIPANTES.....	139
TABELA 18: OCUPAÇÃO DOS TEMPOS LIVRES DOS PARTICIPANTES.	140
TABELA 19: ANTECEDENTES PESSOAIS DOS PARTICIPANTES.	141
TABELA 20: NÚMERO DE IDOSOS QUE TOMAM O MEDICAMENTO, POR GRUPO TERAPÊUTICO.	143
TABELA 21: QUANTIDADE DE FÁRMACOS ADMINISTRADA A CADA PARTICIPANTE.	144
TABELA 22: IMPORTÂNCIA DO ANDAR PARA O PARTICIPANTE.	145

TABELA 23: HISTÓRIA DE QUEDA DOS PARTICIPANTES.....	145
TABELA 24: CIRCUNSTÂNCIAS DA QUEDA DOS PARTICIPANTES.....	146
TABELA 25: RESUMO DA INFORMAÇÃO REFERENTE AO NÚMERO DE INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS NA FES-I PORTUGAL.	149
TABELA 26: CLASSIFICAÇÃO DA CONCORDÂNCIA DE COHEN.	150
TABELA 27: VALORES DE REFERÊNCIA PARA A INTERPRETAÇÃO DE KMO.....	152
TABELA 28: ANÁLISE FATORIAL REFERENTE À FES-I PORTUGAL COM DOIS FATORES.	153
TABELA 29: ANÁLISE FATORIAL REFERENTE À FES-I PORTUGAL COM UM FATOR. ..	154
TABELA 30: CLASSIFICAÇÃO DA MAGNITUDE DAS CORRELAÇÕES.	155
TABELA 31: SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE DA FES-I APLICADA AOS IDOSOS....	157
TABELA 32: OPINIÃO DO IDOSO E DOS COLABORADORES EM RELAÇÃO À PRESENÇA DO “ANDAR COMPROMETIDO”.	159
TABELA 33: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DE “ANDAR COMPROMETIDO”, SEGUNDO O COLABORADOR, EM 126 IDOSOS COM INQUÉRITOS VÁLIDOS.	160
TABELA 34: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS, SEGUNDO OS COLABORADORES, NOS IDOSOS COM O ANDAR COMPROMETIDO PRESENTE.....	162
TABELA 35: DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DE “ANDAR COMPROMETIDO” SEGUNDO O PARTICIPANTE E O COLABORADOR (EEER).	164
TABELA 36: FATORES RELACIONADOS DE “ANDAR COMPROMETIDO”, SEGUNDO O COLABORADOR, EM 126 IDOSOS COM INQUÉRITOS VÁLIDOS.	166
TABELA 37: FATORES RELACIONADOS, SEGUNDO OS COLABORADORES, NOS IDOSOS COM O “ANDAR COMPROMETIDO” PRESENTE.	167
TABELA 38: DISTRIBUIÇÃO DOS FATORES RELACIONADOS DO “ANDAR COMPROMETIDO”, SEGUNDO O PARTICIPANTE E O COLABORADOR.	170
TABELA 39: OPINIÃO DO IDOSO E DOS COLABORADORES EM RELAÇÃO À PRESENÇA DO “RISCO DE QUEDAS”.....	172
TABELA 40: FATORES DE RISCO DE “RISCO DE QUEDAS” SEGUNDO O COLABORADOR, EM 126 IDOSOS COM INQUÉRITOS VÁLIDOS.	174
TABELA 41: FATORES DE RISCO, SEGUNDO OS COLABORADORES, NOS IDOSOS COM O “RISCO DE QUEDAS” PRESENTE.	176
TABELA 42: DISTRIBUIÇÃO DOS FATORES DE RISCO DE “RISCO DE QUEDAS” SEGUNDO O PARTICIPANTE E O COLABORADOR.....	179
TABELA 43: SENSIBILIDADE, ESPECIFICIDADE, VPP E VPN DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DE “ANDAR COMPROMETIDO”.	182
TABELA 44: SENSIBILIDADE, ESPECIFICIDADE, VPP E VPN DOS FATORES RELACIONADOS DE “ANDAR COMPROMETIDO”.	185

TABELA 45: SENSIBILIDADE, ESPECIFICIDADE, VPP E VPN DOS FATORES DE RISCO DE “RISCO DE QUEDAS” .	187
TABELA 46: DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DE “ANDAR COMPROMETIDO” NO IDOSO SEGUNDO OS SCORES OBTIDOS NA FASE DE RSL E VALIDAÇÃO CLÍNICA.	193
TABELA 47: DISTRIBUIÇÃO DOS FATORES RELACIONADOS DE “ANDAR COMPROMETIDO” NO IDOSO SEGUNDO OS SCORES OBTIDOS NA FASE DE RSL E VALIDAÇÃO CLÍNICA.	197
TABELA 48: DISTRIBUIÇÃO DOS FATORES DE RISCO DE “RISCO DE QUEDAS” NO IDOSO SEGUNDO OS SCORES OBTIDOS NA FASE DE RSL E VALIDAÇÃO CLÍNICA.....	200
TABELA 49: DOMÍNIO E CLASSE DE “ANDAR COMPROMETIDO NO IDOSO”.	213
TABELA 50: DOMÍNIO E CLASSE DE “RISCO DE QUEDAS NO IDOSO”.	216

INDICE GERAL

	p.
0 – INTRODUÇÃO	25
1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	30
1.1– ANDAR	31
1.1.1 – O andar ao longo da vida	37
1.1.2 – O envelhecimento	39
1.1.2.1 – Dados demográficos	48
1.2 – CONHECIMENTO DE ENFERMAGEM	55
1.2.1 – Classificações de enfermagem	58
1.2.2 – A taxonomia da NANDA-I e o diagnóstico de enfermagem	67
1.2.2.1 – O diagnóstico de enfermagem <i>impaired walking</i>	77
1.2.2.2 – O diagnóstico de enfermagem <i>impaired walking</i> e sua relação com <i>risk for falls</i>	78
2 – DESENHO DO ESTUDO	88
2.1 – FASE 1: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	90
2.1.1 – Protocolo de revisão sistemática da literatura de <i>impaired walking</i>	93
2.1.2 – Protocolo de revisão sistemática da literatura de <i>risk for falls</i>	95
2.2 – FASE 2: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS	98
2.3 – FASE 3: VALIDAÇÃO CLÍNICA DOS DIAGNÓSTICOS	100
2.3.1 – Modelos de validação de diagnóstico de enfermagem	104
2.3.2 – Procedimentos metodológicos	109
2.4 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	110
3 – RESULTADOS	115
3.1 – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA DE <i>IMPAIRED WALKING</i>	115
3.1.1 – Características definidoras de <i>impaired walking</i>	120
3.1.2 – Fatores relacionados de <i>impaired walking</i>	121
3.2 - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA DE <i>RISK FOR FALLS</i>	123

3.2.2 - Fatores de risco de <i>risk for falls</i>	126
3.3 – TRADUÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	129
3.4 – VALIDAÇÃO CLÍNICA DOS DIAGNÓSTICOS	132
3.4.1 – Caracterização da amostra	135
3.4.2 – Validação da FES-I Portugal	147
3.4.3 – Diagnóstico de enfermagem “andar comprometido”	158
3.4.3.1 – Características definidoras de “andar comprometido”	160
3.4.3.2 – Fatores relacionados de “andar comprometido”	165
3.4.4 – Diagnóstico de enfermagem “risco de quedas”	172
3.4.4.1 - Fatores de risco de “risco de quedas”	173
3.4.5 – Sensibilidade, especificidade e valor preditivo das características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco	181
3.5 - COMPARAÇÃO ENTRE OS RESULTADOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA E DA VALIDAÇÃO CLÍNICA	190
4 - CONCLUSÃO	208
4.1 – PROPOSTA DE SUBMISSÃO À COMISSÃO DE DESENVOLVIMENTO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-I	212
5 - REFERÊNCIAS	219
6 – APÊNDICES	242
APÊNDICE 1 – Mapeamento do Diagnóstico de <i>Impaired Walking</i>	243
APÊNDICE 2 – Tabela de tradução e retrotradução da FES-I Portugal	249
APÊNDICE 3 – Instrumento de colheita de dados dos estudos a incluir na etapa de revisão sistemática da literatura	251
APÊNDICE 4 – Codificação da observação feita para cada centro de saúde	255
APÊNDICE 5 – Instrumento de colheita de dados no pré-teste	261
APÊNDICE 6 – Instrumento de colheita de dados na etapa de validação clínica	269
APÊNDICE 7 – Pedido ao SESARAM, E.P.E.	280
APÊNDICE 8 – Pedido de autorização para a utilização da escala ABC	287
APÊNDICE 9 – Autorização do autor da validação da escala ABC em Portugal	289

APÊNDICE 10 – Autorização da Comissão de Ética	291
APÊNDICE 11 – Documentação entregue em cada centro de saúde na visita	295
APÊNDICE 12 – Pedido de autorização para a utilização da escala FES--I	308
APÊNDICE 13 – Autorização da autora da validação da escala FES-I	310
APÊNDICE 14 – Adenda ao pedido anterior à Comissão de Ética	312
APÊNDICE 15 – Resposta da Comissão de Ética à adenda	315
APÊNDICE 16 – Tabelas de tradução da NANDA-I (2012-2014)	317
APÊNDICE 17 – Tabelas de tradução da NADA-I (2015-2017)	320
APÊNDICE 18 – Tabelas de tradução das características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco dos resultados de ambas as revisões sistemáticas da literatura	323
APÊNDICE 19 – Tabelas de retrotradução das características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco	327
APÊNDICE 20 – Resultados obtidos do questionário aos colaboradores no pré-teste	330
APÊNDICE 21 – Tabela de tradução das propostas para os diagnósticos <i>impered walking</i> e <i>risk for falls</i> à Comissão de Desenvolvimento de Diagnósticos da NANDA-I	332

0 – INTRODUÇÃO

Os enfermeiros assumem um papel relevante na dinâmica da equipa de saúde e, conseqüentemente, no funcionamento do Sistema Nacional de Saúde. Através da experiência e da investigação acumulam e constroem conhecimento (Avant, Zeller & Zeller, 2013). Ser enfermeiro requer uma atenção individual e, simultaneamente, holística, onde devem estar incluídas as diversas dimensões da pessoa. No que respeita à dimensão mais objetiva e física, a atividade “andar” constitui uma função fundamental, pois está fortemente relacionada com a independência das pessoas, em particular nos idosos.

A pessoa idosa terá um papel de destaque neste estudo, uma vez que é nesta etapa do desenvolvimento humano que o andar comprometido ocorre com maior frequência (Tavares & Dias, 2012), mas também porque os idosos são considerados uma população prioritária para a investigação de enfermagem, pela vulnerabilidade que lhe está associada (OE, 2010).

Quando o idoso tem o andar comprometido, pode originar-se isolamento social e a necessidade de um cuidador familiar. As intervenções de reabilitação à pessoa com o andar comprometido são determinantes, uma vez que se está, desta forma, a tornar a pessoa independente também para outras atividades de vida (Baixinho, 2008).

O envelhecimento populacional nas sociedades desenvolvidas é uma realidade inquestionável, também verificado no contexto populacional português. Observa-se um aumento na incidência de doenças crónico-degenerativas que, muitas vezes, são acompanhadas por sequelas, que

limitam o desempenho funcional e geram dependência ao nível da execução (Marques-Vieira, Sousa, Carias & Caldeira, 2015a; Reis & Jesus, 2015).

A avaliação inicial da pessoa, por parte dos enfermeiros e em contexto de prática clínica, é fundamental para a elaboração do diagnóstico de enfermagem, para o planeamento das intervenções e para a sua reavaliação. Estas fases integram o processo de enfermagem, que é um processo dinâmico e sistemático, a partir das quais os enfermeiros avaliam as pessoas, diagnosticam, planeiam intervenções e determinam os resultados que essas intervenções promoveram (Matos & Cruz, 2013). Os enfermeiros diagnosticam, pois a partir das respostas das pessoas em situação de doença aos processos de vida e saúde e, ao utilizar o raciocínio clínico, determinam enunciados que precedem intervenções específicas. Para tal, podem utilizar instrumentos de apoio, como as classificações de diagnósticos, de que é exemplo a NANDA-Internacional (NANDA-I).

A NANDA-I é uma taxonomia de diagnósticos de enfermagem submetida a maior número de estudos de investigação comparativamente a outras classificações de enfermagem (Herdman, 2013). É caracterizada pela objetividade e, ao comparar-se com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), a NANDA-I foi considerada a mais adequada para o raciocínio clínico do enfermeiro e, consequentemente, para a definição de diagnósticos (Herdman, 2012; Silva, Oliveira & Carvalho, 2015).

Impaired walking (00088) foi constituído diagnóstico de enfermagem e integrou a classificação em 1998, quando vigorava a taxonomia I, na então denominada *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), e foi publicado no padrão 6 (*Moving*), com o código 6.1.1.1.3 (NANDA, 1999). Foi revisto em 2006 e integrou a taxonomia II, na NANDA-I, no domínio 4 (*Activity/Rest*) e classe 2 (*Activity/Exercise*) (Herdman & Kamitsuru, 2014). O atual nível de evidência é de 2.1, o que significa que à data da sua avaliação pela Comissão de Desenvolvimento de Diagnósticos era constituído pelo enunciado e sua definição, características definidoras,

fatores relacionados e referências, necessitando de estudos clínicos que oferecessem maior evidência.

Associado ao *impaired walking* e ao envelhecimento, está o diagnóstico *risk for falls* (00155). Emerge da literatura, que cerca de 30% das pessoas idosas sofre pelo menos uma queda por ano e dessas quedas resultam cerca de 10 a 15% de lesões graves (Sturnieks, George & Lord, 2008). A história de queda, a toma de medicação e os défices na mobilidade, na força, no andar e no equilíbrio, estão descritos na literatura como fatores de risco mais frequentes para a queda (Sturnieks *et al.*, 2008; Baixinho & Dixe, 2014; Costa-Dias, Martins & Araújo, 2014), o que vai ao encontro do que a NANDA-I descreve como alguns dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem *impaired walking*.

Esta validação de diagnóstico(s) de enfermagem baseou-se no referencial metodológico de Richard Fehring (1986, 1987, 1994). A motivação para validar o diagnóstico de enfermagem *impaired walking* e, por associação, o *risk for falls*, surge por reconhecer a necessidade e a importância de validar diagnósticos de enfermagem em contexto clínico (Chaves, Carvalho & Rossi, 2008; Caldeira, Timmins, Carvalho & Vieira, 2015), por forma a que a classificação traduza fielmente os diagnósticos que os enfermeiros podem identificar nas pessoas que cuidam (Fehring, 1994), aumentando os seus níveis de evidência (Carvalho, Melo, Napoleão, Bachion, Dalri & Canini, 2008).

A finalidade deste estudo é contribuir para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, ao possibilitar o aumento do nível de evidência científica do diagnóstico de enfermagem *impaired walking* (00088). É objetivo geral validar o diagnóstico de enfermagem *impaired walking* (00088) em idosos. Tem como objetivos específicos comparar os resultados obtidos através da revisão sistemática da literatura com o conteúdo do diagnóstico da taxonomia II, da NANDA Internacional; traduzir o diagnóstico de enfermagem *impaired walking* para português europeu; realizar a validação clínica do diagnóstico de enfermagem *impaired walking* numa amostra de idosos; identificar a prevalência do diagnóstico *impaired*

walking na amostra; calcular a sensibilidade, a especificidade e o valor preditivo de cada característica definidora e fator relacionado do diagnóstico *impaired walking*; Identificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem *risk for falls* nos idosos; e determinar a sensibilidade, especificidade e valor preditivo dos fatores de risco de *risk for falls* na mesma amostra.

Este documento tem início com uma contextualização da problemática, nomeadamente referente ao andar, ao conhecimento em enfermagem, e ao diagnóstico de enfermagem. Dar-se-á ênfase ao *impaired walking* e à sua relação com o *risk for falls*. Segue-se com o desenho do estudo, onde abordaremos o modelo de validação de diagnósticos de enfermagem utilizado, a RSL (1ª fase), o processo de tradução dos diagnósticos de enfermagem (2ª fase) e, a validação clínica (3ª fase), onde se destacará a relevância do conhecimento das características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco dos diagnósticos através das pessoas idosas (neste trabalho também designadas por idosos). Em seguida, são apresentados os resultados referentes a cada fase do estudo, nomeadamente, os resultados obtidos na RSL, na tradução e na validação clínica. Segue-se a comparação entre os resultados obtidos na RSL e na validação clínica. Por fim, descreve-se as conclusões, as limitações e as implicações do estudo para a enfermagem, onde apresentamos a proposta de submissão à Comissão de Desenvolvimento de Diagnóstico da NANDA-I, por forma a concretizar a contribuição para o desenvolvimento da taxnomia.

Validar o diagnóstico de enfermagem em idosos justifica-se pelo interesse pessoal e profissional da doutoranda, bem como pelo facto de, em Portugal, o envelhecimento ser uma realidade cada vez mais presente e preocupante (INE, 2011). A motivação pessoal para realizar esta tese emergiu não só da necessidade de obter o grau de doutor, bem como insere-se num dos objetivos do NANDA-I *Portugal Network Group*, do qual é membro, desde a sua conceção, em final de 2013, formalizado em 2014, que se define por contribuir para o desenvolvimento da taxonomia através

da validação de diagnósticos. É ainda objetivo do grupo, e também deste estudo, contribuir para a tradução e adaptação dos diagnósticos de enfermagem para português europeu, pelo que se recorrerá na sua maioria à versão original (inglês norte-americano) no que respeita a conceitos e definições da NANDA-I e a tradução inversa constitui uma fase deste estudo.

1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Ao longo deste capítulo desenvolvem-se os conceitos que sustentam esta investigação, pelo que foi denominada de contextualização da problemática. Optou-se por iniciar a reflexão com o conceito central a esta investigação, o andar, também denominado na literatura por marcha, ou caminhada e, ainda, deambulação. Aborda-se este conceito associado à saúde e à pessoa idosa. Termina-se com a temática do envelhecimento, onde se destacam as especificidades do contexto português e, mais concretamente, do contexto da Região Autónoma da Madeira (RAM).

Atualmente vivemos, em Portugal, uma crise económica e financeira, e a evidência científica demonstra-nos que se ultrapassa mais depressa, e melhor, com uma população saudável (OPSS, 2015), independentemente da faixa etária. Entende-se por saúde “um estado dinâmico de bem-estar caracterizado pelo potencial físico, mental e social que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e responsabilidade pessoal”, definição esta também adotada pelo Plano Nacional de Saúde 2012-2016, de Portugal (DGS, 2012, p. 2). Em contexto de crise, o acesso aos cuidados de saúde ganha relevância, pois o sistema de saúde continua a cumprir o previsto na Constituição da República e os valores fundamentais, entre os quais, a universalidade, o acesso a cuidados de qualidade, a equidade e a solidariedade. Impõe-se continuar a proteger a saúde dos portugueses, com especial destaque dos grupos mais vulneráveis (OPSS, 2015), de que são exemplo os idosos. O envelhecimento demográfico verificado no nosso contexto tem reflexos ao nível social, político e, conseqüentemente, no sistema nacional de saúde. Para se compreender este fenómeno, abordaremos algumas teorias do envelhecimento e refletiremos nos dados demográficos relacionados com

os idosos, inseridos no mundo, na Europa, em Portugal e mais concretamente, na RAM.

Finaliza-se este capítulo com o destaque para o conhecimento em enfermagem, nomeadamente, as classificações de enfermagem, onde se dará ênfase à taxonomia da NANDA-I.

1.1 – ANDAR

O movimento é inerente ao ser humano. Hoje, é amplamente divulgado que à imobilização são associados mais prejuízos do que benefícios (Huber & Wells, 2009). O movimento contribui para a conservação da força muscular, que é uma das principais componentes da aptidão física global, pelo que intervenções que promovam a sua manutenção, ou a sua melhoria, são essenciais para a saúde da pessoa (Monteiro, 2012). A evidência científica tem demonstrado que a mobilidade é um importante preditor de sobrevivência (Lo *et al.*, 2015).

Para se criar o movimento pretendido é necessária estabilidade entre a força inicial, a força oposta (quando o corpo se move) e a gravidade. A pessoa, mesmo quando parada, ou seja, sem movimento (determinante para desempenhar atividade de vida diária (AVD), é capaz de manter a sua posição pelo equilíbrio entre estas três forças (Kim & Kim, 2015). O movimento não está associado a um “planeamento abstrato ou imagético, uma vez que o plano surge à medida que as informações são recebidas” (Castro-Caldas, 2008, p. 100). A ideia de que existe uma memória do movimento associado a determinado objeto foi anteriormente defendida e consiste na sua evocação através do confronto com o mesmo objeto, arrastando consigo a evocação da memória do movimento necessário (Rothi & Heilman, 1997).

O movimento de caminhar, ou correr, é diferente de subir uma escada ou de dar um pontapé numa bola, ou seja, enquanto os dois

primeiros ao serem desempenhados num piso plano correspondem a um procedimento motor automático, já os dois últimos pressupõem uma programação específica, relacionada com o objetivo particular a atingir (Castro-Caldas, 2008). Andar é um dos movimentos humanos mais comuns e resulta da interação entre o sistema nervoso e o sistema osteomuscular, através do consumo de energia, que se baseia na simetria corporal, no equilíbrio e na estabilidade postural (Lenardt *et al.*, 2015).

São constantes os desafios colocados ao organismo no sentido de adaptar o andar aos diferentes contextos. Menoita e coautores referem que o equilíbrio necessário para o executar requer processamento cognitivo, sensorial e motor, que estão sob o controlo de estruturas cerebrais superiores complexas. A postura corporal e o andar requerem “integridade da função vestibular, da proprioceção e da visão, sendo que qualquer alteração num destes sistemas, levará a um compromisso da marcha” (Menoita, Sousa, Pão-Alvo & Marques-Vieira, 2012, p. 65).

As pessoas são seres bípedes e deslocam-se habitualmente de um local para outro através do andar. Andar é parte integrante da atividade física e garante parte significativa da independência.

Na opinião de Crenna e Frigo, o andar é dividido em três sub-fases básicas:

“a primeira sub-fase começa no contacto inicial com um movimento de flexão plantar associado com um momento de flexão plantar; a segunda sub-fase começa na fase de resposta à carga, quando uma alteração/mudança na direção do movimento do tornozelo no sentido de dorsiflexão conjugado com um momento de dorsiflexão; e a terceira sub-fase começa quando tanto o ângulo como o momento diminuírem, indicando um momento de flexão plantar e um momento que ocorre a preparação para a fase de marcha oscilante” (Crenna & Frigo, 2011, p. 1186-1187).

Várias são as classificações que definem andar, entre as quais a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), identificada com o código d450, onde é definido como “mover-se de pé sobre uma superfície, passo a passo, de modo que um pé esteja sempre

no chão, como quando se passeia, caminha lentamente, anda para a frente, para trás ou para o lado” (OMS & DGS, 2003, p. 119). Também a CIPE®, que tem um termo, no eixo dos focos, denominado “andar” (10020886) define-o como:

“mobilizar-se: movimento do corpo de um lugar para outro, movendo as pernas passo a passo, capacidade para sustentar o peso do corpo e andar uma deambulação eficaz, com velocidade que vão de lento ao moderado ou rápido. Andar, subir e descer escadas e rampas” (OE, 2011, p. 39).

A mesma classificação integra, ainda, o termo “andar com auxiliar de marcha” (10020903), definido como:

“andar: movimento do corpo de um lugar para outro, movendo as pernas passo a passo; capacidade de sustentar o peso do corpo e andar com uma marcha eficaz, utilizando um ou mais auxiliares de marcha como calçado de correção, membro artificial, bengala, tala, canadianas ou andarilho, com velocidades que vão do lento ao moderado e rápido; subir e descer escadas e rampas” (OE, 2011, p. 39).

A avaliação do andar foi já considerada como o sexto sinal vital, porque reflete o funcionamento dos sistemas de múltiplos órgãos, o que poderá ajudar no prognóstico da doença (Lenardt *et al.*, 2015).

Alguns autores argumentam que o hipocampo está implicado na fase de aprendizagem e na fase de consolidação de uma memória motora (Albouy *et al.*, 2008; Gheysen *et al.*, 2010; Pereira, Castro-Caldas & Abreu, 2014). Outras estruturas envolvidas na fase inicial de aprendizagem são o córtex frontal e o corpo estriado (Pereira *et al.*, 2014). Nesta sequência, as incapacidades associadas a determinada tarefa, podem ser atribuídas à degeneração devido à idade nas redes cortico-estriais (Rieckmann & Bäckman, 2009; Rieckmann, Fischer & Bäckman, 2010).

O andar constitui, assim, uma resposta humana e, por isso, de interesse para o enfermeiro que deve dispensar uma atenção especial ao compromisso do andar, utilizando os recursos e estratégias de avaliação para planear intervenções adequadas.

A classificação NANDA-I define o diagnóstico *impaired walking* (andar comprometido) como “*limitation of independent movement within the environment on foot*” (Herdman & Kamitsuru, 2014, p. 222).

Quanto mais cedo a pessoa ultrapassar a incapacidade na marcha, mais depressa recupera a independência para outras AVD (Baixinho, 2008). Consequentemente, a alteração na capacidade de andar poderá originar isolamento social e a necessidade de um cuidador familiar.

Andar é uma habilidade física que é possível observar. Embora o conceito seja objetivo, a abordagem realizada pelo enfermeiro à pessoa com andar comprometido é complexa e deve ter em conta as várias dimensões da vida da pessoa e, também, ser centrada no desenvolvimento de competências necessárias para que a pessoa cuidada volte a desempenhar esta habilidade física. Neste sentido, o andar poderá ser visto como uma intervenção ou como uma meta primária no plano de cuidados do enfermeiro, pelo que importa investir no seu treino.

As alterações na marcha podem ser determinantes para que as pessoas possam retomar os seus papéis sociais (Kim, Choi, Lee & Song, 2015a). Neste mesmo estudo os autores afirmam que a queixa principal associada a problemas físicos, que decorre de compromisso neurológico, é o andar comprometido. Assim, ao melhorar a capacidade de andar na pessoa, não só pode haver ganhos ao nível da sua independência, mas também ao nível da sua participação na sociedade, da sua qualidade de vida e da redução dos custos associados ao suporte por cuidadores (Kim *et al.*, 2015a).

O andar é, muitas vezes, assumido como simétrico ao nível dos membros inferiores, a fim de facilitar a sua avaliação (Atalaia, Abrantes & Castro-Caldas, 2015). A assimetria é considerada patológica, mas alguma assimetria pode ser a expressão de uma diferença funcional natural nos membros inferiores, muitas das vezes relacionada com a forma como cada pessoa apoia os seus pés (Sadeghi, Allard, Prince & Labelle, 2000).

Um estudo concluiu que o aumento do índice de massa corporal está positivamente associado com o andar comprometido, sendo o excesso de

peso considerado entre 25 a 30 kg/m² e obesidade para valores superiores a 30 kg/m² (Hajek *et al.*, 2015). Hoeman descreve outras causas para o andar comprometido, desde a fraqueza muscular, paralisia, descoordenação, movimentos involuntários, fratura de um membro, falta de conhecimento, medo e dependência, e especificamente em relação à mobilidade dos membros inferiores, refere os conhecimento insuficiente sobre próteses, a não adesão ao plano de cuidados, a falta de apoio por um membro da família, fundos insuficientes ou falta de transporte para seguir o tratamento (Hoeman, 2011).

Andar está entre as funções mais importantes afetadas após a ocorrência de um acidente vascular cerebral (AVC), uma vez que três meses após, 25% das pessoas permanecem em cadeira de rodas e 60% das pessoas ficam com a capacidade de caminhar e velocidade reduzidas (Watanabe *et al.*, 2015). Nas pessoas com hemiplégia há uma disposição postural assimétrica do tronco e das extremidades inferiores, o que leva à redução da estabilidade do tronco e da região proximal dos membros inferiores e, conseqüentemente, afeta a marcha e o equilíbrio corporal. Ao executar a marcha a pessoa com hemiplégia transfere para o lado afetado cerca de 30 a 40% a mais do peso total do corpo, o que pode causar instabilidade no controle postural, na redução da mobilidade e na redução da capacidade de equilíbrio (Nam, Lee & Cho, 2015). Bae e colaboradores investigaram as repercussões que o AVC pode ter na pessoa, não só a nível motor, sensorial, cognitivo e emocional, o que pode resultar em compromisso do equilíbrio e, conseqüentemente, na marcha, bem como compromisso nas AVD. Estes autores consideram que as principais metas da reabilitação em pessoas com esta patologia são: melhorar o equilíbrio e melhorar a capacidade de andar (Bae *et al.*, 2015).

Lucas e Monjardino agrupam as patologias do aparelho locomotor em patologias músculo-esqueléticas ou reumáticas (alteração funcional do sistema músculo-esquelético não associada a causa traumática, tais como, doenças inflamatórias, degenerativas e metabólicas, das quais se destacam a osteoartrose e a osteoporose) e patologias traumáticas

(englobam todas as alterações funcionais do sistema músculo-esquelético relacionadas com traumatismos, tais como fraturas, entorses e luxações) (Lucas & Monjardino, 2010). A estabilidade da articulação, também determinante para a marcha, pode ser definida como o controlo do alinhamento dos segmentos comuns e a sua posição angular ao longo de uma via a que se destina, dentro dos limites previstos para uma determinada articulação (Abrantes, 2007; Gabriel *et al.*, 2008; Atalaia & Abrantes, 2011; Atalaia *et al.*, 2015).

A reeducação postural implica alinhamento corporal, nem sempre fácil de conseguir. Kim e seus colaboradores referem-se ao ajuste postural como sendo um processo complexo que envolve o equilíbrio, habilidade motora, resistência, abrangência do exercício, função sensorial e força muscular. Este ajuste postural é determinante para o andar, com interligação ao risco de queda. Estes autores referem ainda que a perda de controlo postural pode ser causada por uma redução na flexibilidade e perda da capacidade de manter o equilíbrio postural, durante a marcha, o qual está associado a uma diminuição da força a nível dos membros inferiores. Com o envelhecimento existirá um declínio da força muscular e equilíbrio, o que por sua vez causa transtornos de movimento e andar (Kim *et al.*, 2015b).

Preparar uma pessoa para andar passa por manter a amplitude de movimentos articulares, proporcionar posicionamentos adequados no leito e estimular o levantar precoce, onde o desempenho das AVD, como por exemplo o rolar na cama, têm um efeito benéfico na manutenção das funções que futuramente facilitarão o andar (Carinhas, Eusébio, Carvalho, Lopes & Braga, 2013). Múltiplas podem ser as abordagens entre os quais a “caminhada nórdica” (Kocur *et al.*, 2015), ou o “treino na passarela elétrica” (Kim *et al.*, 2015a), que são exercícios úteis para a recuperação da mobilidade, para a aptidão cardiovascular e do metabolismo. Antes de iniciar o treino da marcha é imprescindível que sejam definidas metas realistas, que a segurança do ambiente seja avaliada, no sentido de eliminar possíveis obstáculos, e que se definam pontos de repouso, em

caso de necessidade. Se a pessoa não apresentar “bom equilíbrio estático de pé, deve ser considerado se será o melhor *timing* para iniciar a deambulação” (Carinhas *et al.*, 2013, p. 62), no qual uma estratégia a implementar poderá passar pelo recurso a auxiliares de marcha. A finalidade do uso de auxiliares de marcha é reduzir a carga na parte inferior do corpo, pelo que se deve avaliar a mobilidade e a força muscular da parte superior e, caso seja necessário, efetuar fortalecimento muscular da parte superior do corpo (tronco e membros superiores) para permitir o uso eficaz e seguro dos auxiliares de marcha (Donahoo & Dimon, 2008). Existem vários equipamentos que podem ser úteis na ajuda à marcha da pessoa. No entanto, devem ser selecionados com “base na situação clínica, na idade e no grau de dependência”, razão pela qual, “não devem ser partilhados, pois dificilmente a pessoa que os utilizou anteriormente apresenta as mesmas características do novo utilizador” (Carinhas *et al.*, 2013, p. 62).

1.1.1 – O andar ao longo da vida

Quando nasce, o ser humano é dependente de terceiros para se deslocar. Rapidamente, o bebé aprende a rolar, a sentar, a gatinhar e a andar. A pessoa desloca-se através de dois pés, denominado de andar, e desta forma garante a sua independência. Andar é uma atividade física complexa, que envolve competências diversas e, por isso, desafiante, controlada por estruturas cerebrais superiores (Lord & Rochester, 2007). Múltiplos têm sido os estudos que tiveram como foco o andar e o seu(s) compromisso(s) ao longo do ciclo de vida da pessoa, estudos esses que dizem respeito a várias disciplinas do saber, desde a neurologia, à fisioterapia, à enfermagem, entre outras, e que são referenciados no decorrer da tese.

O aumento da longevidade da vida do ser humano, conduz a um envelhecimento da população, bem como, a um aumento dos idosos, a maioria dos quais são afetados por patologia osteoarticular que causa dor, conseqüente compromisso do desempenho físico e redução da qualidade

de vida (Lee, Park & Lee, 2015). A(s) incapacidade(s) para andar pode(m) ocorrer nas várias fases de desenvolvimento da pessoa, o que a pode deixar em circunstâncias de vulnerabilidade, especialmente se inesperadas. Ao ter o andar comprometido e, conseqüentemente, o compromisso da sua independência, a pessoa poderá isolar-se socialmente e ter necessidade de um cuidador familiar. Ao serem implementadas intervenções para reabilitar a marcha, o enfermeiro está também a promover a independência para outras atividades de vida (Baixinho, 2008). Ser capaz de andar significa a manutenção da independência, o que favorece o desempenho das AVD e atrasa o declínio funcional, bem como, o desenvolvimento de incapacidades nos idosos (Lenardt *et al.*, 2015).

Lopes e seus colaboradores afirmam que a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis acompanha o aumento da longevidade das pessoas, o que pode comprometer a capacidade funcional do idoso e aumentar a sua vulnerabilidade, no entanto, destacam que na sua maioria a população idosa tem uma vida independente e autónoma. A incapacidade funcional geralmente é mensurada pelo autorrelato de dificuldade, ou de necessidade de ajuda, para a realização de AVD, quer as básicas, quer as instrumentais (Lopes, Lage, Vancini-Campanharo, Okuno & Batista, 2015).

O envelhecimento é um processo natural, onde pode haver a perda de volume cerebral, o declínio na produção de neurotransmissores como a dopamina, um declínio no sentido de audição e o sentido de equilíbrio, a diminuição da função da visão e do sistema somatossensorial, e a diminuição da capacidade cognitiva. Além disso, a perda de capacidade de equilíbrio devido a lesões músculo-esqueléticas, tais como doença articular degenerativa, pode levar a alterações na marcha (Kim, Kim, Wang, Park & Choi, 2015b). Em contrapartida, um estudo sobre a função do cérebro durante o envelhecimento, e a sua neuro-imagem, revela-nos que a melhor maneira de descrever a conectividade nas redes cerebrais não é pela descrição dos défices, mas pela compreensão das suas alterações em termos de funcionalidade, que pode diminuir, manter ou até mesmo

melhorar (Robertson, 2014). A avaliação clínica da marcha é um importante indicador da saúde das populações, especialmente das pessoas idosas (Kim *et al.*, 2015b).

Falar em alterações no desempenho do andar é comum quando se aborda o envelhecimento e estão frequentemente associadas a vários efeitos adversos para a saúde, tais como a diminuição da força, história de queda, hospitalização e diminuição da qualidade de vida. A diminuição da velocidade da marcha é considerada um indicador nos idosos que estão em alto risco para o declínio cognitivo (Lenardt *et al.*, 2015). A velocidade da marcha é um forte preditor da função autopercebida em pessoas idosas, ou seja, a capacidade de andar mais rápido relaciona-se com um bom estado funcional e consequentemente melhor sobrevida (Halvarsson, Franzén & Stahle, 2015). A capacidade de equilíbrio varia de pessoa para pessoa e, geralmente, diminui à medida que se envelhece (Kim & Kim, 2015).

Atualmente o contexto populacional português depara-se com o maior número de idosos de sempre e observa-se um aumento na incidência de doenças crônico-degenerativas que, muitas vezes, são acompanhadas por sequelas que limitam o desempenho funcional e geram dependência (Marques-Vieira *et al.*, 2015a). A vulnerabilidade abordada anteriormente é ainda acentuada quando falamos de pessoas idosas, população esta na qual o andar comprometido ocorre com maior frequência (Tavares & Dias, 2012; Marques-Vieira *et al.*, 2015a).

1.1.2 – O envelhecimento

O envelhecimento é um processo individual, universal e irreversível (Abrunheiro, Apóstolo & Pinto, 2015). Envelhecer é um processo natural, de transição, diferenciado, mas também diferenciador. Reconhecido como uma etapa de perdas e, simultaneamente, de ganhos, de crescimento e de declínio, variável e condicionada pela experiência de vida particular e única,

regulado pelo ritmo biológico individual (Ribeiro & Paúl, 2011; Sousa, 2014).

É expectável que no século XXI se verifique um aumento considerável de pessoas idosas (ONU, 2011a), o que constitui um fenómeno demográfico desafiante para as sociedades modernas. O envelhecimento tem sido tema de debate frequente, uma vez que não tem precedentes na história da humanidade, e parece implicar a necessidade de adoção de novas políticas que vão ao encontro das reais necessidades desta população. O envelhecimento não pode, nem deve, ser visto como um problema, mas sim como um processo natural do ciclo de vida. Seria desejável que a sociedade criasse oportunidades à pessoa idosa para viver esta etapa de forma saudável e autónoma, o máximo tempo possível. Esta alteração implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral, bem como, ao nível da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, “adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada” (DGS, 2004, p. 3).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) o conceito de idoso varia conforme o nível sócio-económico de cada país, ou seja, em países em vias de desenvolvimento, considera-se idoso a pessoa com 60 ou mais anos de idade, no entanto em países desenvolvidos, a idade passa para os 65 anos (OMS, 2002). O envelhecimento sempre constituiu preocupação para o ser humano, mas para a pessoa idosa a questão torna-se ainda mais relevante dada a consciencialização da proximidade da sua finitude (Abrunheiro *et al.*, 2015).

O facto de se considerar a velhice como multidimensional e multireferencial dificulta o seu ponto definitivo de início. Cada pessoa como ser único que é, vive o processo de transição de uma forma única neste processo inevitável ao longo do seu ciclo de vida. A idade cronológica, por si só, não constitui uma marca precisa para as alterações que acompanham

o envelhecimento. Encontra-se diferenças substanciais em pessoas com a mesma idade no que respeita ao estado de saúde, participação e níveis de independência (WHO, 2002), onde o estilo de vida adotado, a exposição ao ambiente que rodeia, fatores genéticos e os cuidados de saúde que recebem, determinam a saúde do idoso.

A DGS define o envelhecimento humano como “o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida” (DGS, 2004, p. 3).

A velhice altera a relação da pessoa com o que a envolve, nomeadamente o tempo, o mundo e a sua própria história (Menoita *et al.*, 2012). Neste sentido Abrunheiro e colaboradores (2015) referem que esta etapa de vida pode ser experienciada em contextos vários (no seu domicílio, na casa de familiares ou em estruturas residenciais geriátricas). Destacam ainda, que numa sociedade envelhecida é fundamental a existência de um maior conhecimento do idoso, de modo a possibilitar um aumento da sua qualidade de vida, onde “os profissionais de saúde devem procurar compreender o sentido que a pessoa idosa atribui ao seu processo de envelhecimento, de modo a garantir uma melhoria dos cuidados dirigidos a esta população” (Abrunheiro *et al.*, 2015, p. 63). O envelhecimento é influenciado por determinantes individuais biológicos, genéticos e psicológicos, e, simultaneamente, relacionado com fatores externos, comportamentais, ambientais e sociais. Envelhecimento normal/biológico, também denominado de primário, relaciona-se com a longevidade máxima e o envelhecimento patológico, também denominado de secundário, relaciona-se com as diferenças inter-individuais e é determinante pelas repercussões clínicas, sociais e económicas que tem na velhice da pessoa (Sousa, 2014).

Por ser um fenómeno tão abrangente, houve autores que o subdividiram em dimensões, tais como: envelhecimento universal (fenómeno que ocorre em todas as pessoas, em diferentes graus); envelhecimento intrínseco (remete para o facto da origem do

envelhecimento ter causas endógenas); envelhecimento progressivo (as alterações ocorrem de forma progressiva ao longo do ciclo de vida); e envelhecimento de deterioração (quando a pessoa o considera como um processo nefasto) (Viña, Borrás & Miquel, 2007). Há ainda outros autores que adotam a perspectiva que sendo o envelhecimento considerado um processo natural, é influenciado por fatores endógenos e exógenos e caracterizado por diversas alterações bio-psico-morfológicas (senescência e senilidade) que reduzem a capacidade de adaptação da pessoa idosa à adversidade (Abrunheiro *et al.*, 2015). Dos fatores exógenos destaca-se a representação social da velhice, isto é, o modo como a sociedade percebe os seus idosos, o que também condiciona o modo como o idoso percebe o seu processo de envelhecimento (Chau, Soares, Fialho & Sacadura, 2012). Na sociedade contemporânea assenta a sua filosofia na jovialidade, produtividade e vigor físico, assiste-se frequentemente a uma atitude idadista por parte da mesma. Assim o aumento da população idosa, bem como as alterações das dinâmicas e estruturas familiares, levaram ao aparecimento de um maior número de idosos institucionalizados em estruturas residenciais geriátricas, não obstante a família continuar a assumir um papel de relevo no suporte prestado ao idoso (Abrunheiro *et al.*, 2015).

A 1ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Viena em agosto de 1982, levou a que se olhasse de uma nova forma para o envelhecimento. Resultou desta assembleia o 1º Plano de Ação Internacional, cujos principais objetivos foram fortalecer os países para enfrentar com capacidade as preocupações e necessidades específicas das suas populações idosas e promover uma resposta internacional apropriada para as questões do envelhecimento, através de um plano de ação que perspetive uma nova visão económica a nível internacional, com uma maior cooperação técnica (ONU, 1983). Na 2ª Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, realizada em Madrid em abril de 2002, vinte anos após a primeira, resultaram recomendações detalhadas relativas à

formulação de planos de ação em torno de pilares para promover um envelhecimento ativo: Saúde, participação e segurança.

A OMS adota o conceito de envelhecimento ativo, anteriormente designado por envelhecimento saudável, para dar ênfase a que o envelhecimento pode ser um processo positivo. Define envelhecimento ativo como o “processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem” (WHO, 2002, p. 12). Este conceito tem em vista potencializar o bem-estar físico, social, mental e espiritual ao longo do ciclo vital e ajudar a pessoa a participar na, e para, a sociedade de acordo com as necessidades, objetivos e capacidades individuais, mas também a proteção, segurança e assistência adequada. O envelhecimento ativo ao ser operacionalizado conforme foi concebido, permite à sociedade beneficiar com o conhecimento da pessoa idosa. Para desenhar políticas e programas de saúde que funcionem é importante compreender a variedade de determinantes que influenciam este processo, onde a cultura e o sexo devem ser tidos em conta. Em Portugal, no ano de 2004, foi publicado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, que teve como finalidade “contribuir para a generalização e prática do conceito de envelhecimento ativo nas pessoas com 65 e mais anos de idade, assim como para a atuação sobre os determinantes da perda da autonomia e de independência” (DGS, 2004, p. 14). Este programa estabeleceu estratégias de intervenção que incluíram a organização e a prestação de cuidados de saúde e a promoção de um ambiente facilitador da autonomia e da independência. Concretamente, as estratégias de intervenção no âmbito do envelhecimento ativo, nomeadamente na fase da reforma, foram: prática da atividade física, estimulação da função cognitiva, gestão do ritmo sono/vigília, nutrição, hidratação, alimentação e eliminação (DGS, 2004). A perda de independência por parte de uma pessoa idosa, e até da sua autonomia pressupõe que, no contexto familiar, alguém deverá assumir a função de cuidador (Inagaki *et al.*, 2008).

A incapacidade funcional, muitas vezes associada ao envelhecimento, surge como a diminuição da capacidade de realizar atividades básicas de autocuidado, atividades essas, necessárias para a pessoa conseguir ser independente no seu quotidiano. A incapacidade funcional é uma forma de avaliar a saúde da pessoa idosa, uma vez que surge como fator preditivo de mortalidade (Koster *et al.*, 2006). Cerca de metade da população idosa apresenta pelo menos uma patologia crónica que tem repercussões na funcionalidade diária (Caseiro & Silva, 2008).

Simultaneamente, associa-se ao idoso uma perceção social negativa e de incapacidade, acrescido ao facto de existir uma prevalência elevada de doença crónica, predominando a multimorbilidade, que conduz ao aumento dos custos e a uma maior procura de recursos sociais e de serviços de saúde (Lopes *et al.*, 2013a). Destaca-se o facto de a literatura salientar a ideia que a probabilidade de existir andar comprometido nos idosos é altamente relevante e aponta que é mais frequente na pessoa idosa (Tavares & Dias, 2012). O aumento da longevidade, associado a doenças crónicas e incapacitantes, traduz-se em novos desafios para a enfermagem (Marques-Vieira *et al.*, 2015a). Estes desafios ao nível do andar comprometido merecem destaque, uma vez que garantem a independência da pessoa, e torna-se ainda mais determinante quando a pessoa é idosa.

A diversidade de fatores condiciona o envelhecimento e faz com que este grupo etário seja heterogéneo. Novos desafios são lançados à política de saúde com esta nova realidade, que deverá estar preparada para dar respostas adequadas à procura crescente de cuidados de saúde por parte da pessoa idosa, que visem manter a sua robustez física, a autonomia e a qualidade de vida, ou seja, a manter-se saudável pelo maior tempo possível (DGS, 2004; Lopes *et al.*, 2013a; Rechel *et al.*, 2013). Neste sentido, atualmente procura-se pensar no envelhecimento ao longo do ciclo vital numa perspetiva promotora da saúde e da autonomia da pessoa idosa. A Comissão Económica e Social Europeia elaborou um roteiro para o envelhecimento, no âmbito do horizonte 2020, que destaca que, no futuro,

a investigação europeia deveria debruçar-se sobre aspetos mais inovadores e problemáticos do envelhecimento, bem como, das alterações demográficas, onde estão incluídos a manutenção da saúde, o prolongamento da vida ativa, as implicações das pessoas se tornarem cada vez mais responsáveis pelas suas vidas, bem como, a aprendizagem para uma vida longa, justificado pelo facto que a prestação de apoio aos cidadãos idosos diminuirá devido à proporção decrescente de jovens na população. Assim, no futuro, e cada vez mais, os próprios terão que assumir a responsabilidade pela sua autonomia (CESE, 2012). Novas questões são colocadas em termos de políticas de saúde e políticas sociais que permitam aos idosos permanecerem em suas casas pelo maior tempo possível, com a melhor qualidade de vida, de uma forma saudável e autónoma, para usufruir dos cuidados de saúde domiciliários necessários, com resultados ao nível de minimização de custos, diminuição de dependências e humanização dos cuidados de saúde. Uma mudança de comportamentos e atitudes da população em geral é imperativa, bem como, alterações na formação dos profissionais de saúde, de maneira a que os serviços de saúde e de apoio social sejam adequados a estas reais e atuais necessidades (DGS, 2004; Zelesnik, 2007).

Fonseca (2014) realizou uma pesquisa sistematizada para estruturar o conhecimento associado às teorias do envelhecimento, e teve em consideração a diversidade de teorias existentes e a natureza complexa e multicausal do fenómeno. Da vasta informação obtida, acaba por sintetizar em três teorias: teorias biológicas, teorias psicológicas e teorias sociológicas. As várias teorias explicativas do envelhecimento são determinantes, pois devem ter implicações políticas, bem como implicações no planeamento das intervenções clínicas.

Estes modelos apresentam várias dimensões que ajudam a integrar, de forma positiva, as teorias de envelhecimento na prática de enfermagem. No sentido de resumir as principais teorias do envelhecimento, recorre-se a uma tabela síntese da informação resultante desta revisão (tabela 1).

Tabela 1: Principais teorias do envelhecimento.

Principais teorias	Influência	
Teorias Biológicas do Envelhecimento	Teoria das Mudanças Neurodegenerativas; Teorias Biológicas; Teorias das Mudanças Típicas; Teorias de Desenvolvimento Genético; Teorias Estocásticas; Teorias Neuropsicológicas.	Variância e mutação dos fatores genéticos; Perda de homeostase; Restrição de calorias; Diminuição da massa muscular força e perda funcional; Perda de qualidade de vida; Aumento dos custos com a saúde; Aumento da probabilidade de doenças e morte.
Teorias Psicológicas do Envelhecimento	Teoria da Compensação; Teoria da Seletividade Socioemocional; Teoria das Trocas Sociais; Teoria do Desenvolvimento do Ciclo de Vida; Teoria Motivacional do Ciclo de Vida; Teorias Cognitivas.	Alteração: na aprendizagem social; na personalidade; ao nível da funcionalidade cognitiva; nas tomadas de decisão do decurso da vida; na tomada de decisão nos processos de cuidados.
Teorias Sociológicas do Envelhecimento	Teoria do Desligamento; Teoria da Atividade; Teoria da Subcultura; Teoria da Continuidade; Teoria do Colapso Social e das Competências; Teoria das Trocas; Teoria do Curso de Vida; Teorias Feministas.	Alteração: no desenho das políticas para o envelhecimento; na criação de programas de apoio; na investigação; nos ambientes sociais; na espiritualidade; na utilização dos serviços de saúde.

Fonte: Adaptado de Fonseca (2014, p. 33).

Na sequência desta revisão, o autor termina definindo envelhecimento como um

“processo de alterações progressivas ocorridas ao nível biológico (mutação dos fatores genéticos com o aumento da idade, perda de homeostase, diminuição da massa muscular e força), psicológico (alteração na aprendizagem social, perda de funcionalidade cognitiva e de qualidade de vida) e sociológico (alteração do papel na sociedade e no seio familiar), com repercussões ao nível da funcionalidade e da alteração dos processos de vida e tomadas de decisão autónomas dos idosos” (Fonseca, 2014, p. 33).

Explorar as diferentes teorias do envelhecimento é determinante, visto o aumento do número de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, para que, desta forma, se adequem a este fenómeno as políticas de saúde. No domínio das políticas de saúde, o anterior Ministro da Saúde, enumerou que os desafios decorrentes da alteração da estrutura etária da população portuguesa determinavam as seguintes medidas: aumento da eficiência, sem compromisso da efetividade, na prestação de cuidados de saúde; redução da carga de doença, como fator essencial para a garantia

da sustentabilidade do sistema a longo prazo; aproximação dos cuidados de saúde aos cidadãos, o que reforça os cuidados primários e os cuidados continuados; reforma hospitalar, que visa aumentar a qualidade dos serviços; estrutura sólida da política de saúde materno-infantil; melhoria de acesso à procriação medicamente assistida; atualização do registo nacional de utentes; reforma da política do medicamento; e avaliação tecnológica (Macedo, 2013). Seria desejável que as políticas de saúde, no que respeita ao envelhecimento, apontassem para a necessidade de desenvolvimento de políticas de cuidados e organização dos recursos com base nas necessidades funcionais das pessoas idosas. Em Portugal o planeamento dos cuidados às pessoas idosas é, maioritariamente, assente em indicadores de doença, mas seria desejável que passasse a ser assente nas suas necessidades (Fonseca, 2014). As pessoas idosas podem e devem contribuir, e participar, de forma ativa para o progresso da nossa sociedade. Já no início do atual século se afirmava que o desafio é promover um envelhecimento bem-sucedido e uma velhice feliz (Fontaine, 2000). O modelo explicativo para o envelhecimento bem sucedido de Flood (2006) obtém um resultado, um objetivo, ou uma consequência favorável para a pessoa idosa, através da integração de diferentes dimensões, como é o caso da dimensão funcional e a espiritual, que contribuem para a satisfação face à vida. Envelhecimento bem sucedido pode ter diversas vertentes, mas sempre numa perspetiva de autodeterminação da pessoa idosa em direção à sua saúde. A pessoa idosa no seu processo de vida é confrontada com a necessidade de se adaptar e de gerir a mudança, e neste processo de conhecer e de compreender, abrem-se novos desafios a áreas de estudo que se pretendem que sejam transdisciplinares. A crescente preocupação humanista e de desenvolvimento profissional, também como reflexo da evolução social, deverá centrar-se no que é definido como o que é melhor para a pessoa idosa, através da criação de formas de viver com sentido, compatíveis com a cada situação (Sousa, 2014).

As organizações de saúde terão que se adaptar às novas exigências sociais e passar a entender a velhice de forma diferente, equacionando novas formas de viver com a maior longevidade e, simultaneamente, preservando os princípios da dignidade humana, da autonomia e da solidariedade (Costa, 2009). Também as políticas de envelhecimento devem refletir a proteção dos idosos. Recentemente foi publicado em Portugal uma estratégia neste sentido, sob a forma de Decreto-Lei, que pretende proteger juridicamente, de maneira a respeitar a dignidade das pessoas com capacidade diminuída, onde se assume que as pessoas com idade avançada tem especificidades, no que respeita ao “plano dos cuidados de saúde, do apoio social e do enquadramento familiar, bem como da tutela jurídica, que devem ser devidamente regulados, em ordem a garantir em todas as fases da vida o respeito pela dignidade da pessoa humana” (RCM, 2015, p. 6280). Ajudar a pessoa a envelhecer com responsabilidade, respeito e resiliência poderá responder ao desafio do envelhecimento demográfico (Menoita *et al.*, 2012). O centro da nossa atenção terá de ser, e deverá ser, a singularidade da pessoa, bem como, o papel da intenção de ajudar através dos seus caminhos, cujo contributo deverá integrar os saberes das várias disciplinas de saúde.

1.1.2.1 – Dados demográficos

O envelhecimento demográfico é uma realidade, com mais evidência nos países desenvolvidos, com repercussões em várias dimensões, das quais se destaca o âmbito social e político e, conseqüentemente, na saúde das pessoas/populações/comunidade. Esta realidade demográfica está particularmente relacionada com a melhoria das condições de vida das populações, maior controlo de doenças e acesso aos cuidados de saúde, que tem como consequência um aumento na esperança de vida. Interessa, assim, compreender a distribuição demográfica dos idosos no Mundo, na Europa, em Portugal e, particularmente, na RAM, local onde este estudo decorreu.

O fenómeno de envelhecimento afeta toda a sociedade e todos os países (Fonseca, 2014), mas com maior destaque nos países desenvolvidos. Para este fenómeno concorre um conjunto de fatores, nomeadamente o aumento constante da esperança de vida à nascença, associado à diminuição do índice sintético de fecundidade. Ou seja, a esperança de vida à nascença em 1950 era de 47,7 anos e em 2010 passou para 69,3 anos. No mesmo período de tempo, houve diminuição deste índice de 49,49% e a taxa bruta de natalidade de 52,03% (ONU, 2011a). Nesta janela temporal, ocorreu um aumento de 172,32% da população mundial. Nos Estados Unidos da América, Canadá, Austrália/Nova Zelândia, Japão e Europa, denominadas regiões mais desenvolvidas, houve um crescimento populacional de 58,89% entre 1950 a 2010 (ONU, 2011a). Também um aumento, mas de 201,84%, se verificou de 1950 a 2010, no que respeita ao número de pessoas com 65 e mais anos de idade. Ainda neste período de tempo, houve um aumento de 4,5 anos relativo à esperança de vida aos 65 anos, bem como de 21,6 anos de esperança de vida ao nascer. Quanto a previsões, estima-se que de 2010 até 2060 a população mundial aumentará 39,43% (ONU, 2011b).

Importa ainda refletir no rácio de dependência dos idosos nas regiões desenvolvidas, que era de 10,1%, em 2010 passa para 25,9%, e em 2016 prevê-se que será de 51,1% pessoas idosas por cada 100 pessoas em idade ativa (ONU, 2011b).

Desde 1960 que se observa na população das regiões mais desenvolvidas uma diminuição das taxas de fertilidade, concomitantemente a um aumento do número de pessoas com idade de 65 e mais anos (ONU, 2011b). Esta realidade, mais concretamente a diminuição do número de pessoas em situação ativa laboral e o aumento dos custos associados, terá repercussões ao nível económico, nos sistemas de saúde e nas políticas de proteção social (Ingham, Chirijevskis & Carmichael, 2009; Yoon, 2009).

Um relatório publicado pelo Departamento de Assuntos Económicos e Sociais (ONU, 2015) prevê que a população mundial em 2030 alcançará 8,5 bilhões, em 2050 os 9,7 bilhões e em 2100 ultrapassará os 11 bilhões.

No período compreendido entre 2015 e 2050, metade do crescimento da população mundial deve concentrar-se em nove países, nomeadamente na Índia, Nigéria, Paquistão, República Democrática do Congo, Etiópia, Tanzânia, Estados Unidos da América, Indonésia e Uganda. A população de Angola, Burundi, República Democrática do Congo, Maláui, Mali, Níger, Somália, Uganda, Tanzânia e Zâmbia deverá quintuplicar até 2100.

Semelhante cenário tem sido vivenciado na Europa. Nos 53 países da Europa a esperança média de vida à nascença é, para as mulheres, de 80 anos e, para os homens, de 72 anos, prevendo-se que o número de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos quase duplique entre 2010 a 2050 e que o grupo etário que cresça mais rapidamente seja o das pessoas com idade igual ou superior a 80 anos (WHO, 2012). Em 1960 a população, dos ainda 27 países pertencentes à União Europeia, representava 20% da população mundial e em 2005 desceu para 11,2% (CE, 2010). Simultaneamente, ocorre um crescimento da população noutras regiões como África, América Latina e Ásia. Em igual período, o número de pessoas com menos de 15 anos diminuiu 10,8% e, pessoas com idade igual ou superior a 65 anos aumentou 7%. O número de pessoas com 80 e mais anos aumentou 35,1% entre 1998 a 2008. Nos 27 países da União Europeia, em 2008, representavam 17% as pessoas com 65 e mais anos (CE, 2010). Prevê-se que em 2060 as pessoas com 65 e mais anos representarão 30% da população. No que respeita a pessoas com 80 anos e mais passará de 4,4% em 2010 para os 12,1% em 2060 (CE, 2010). Pelo exposto, os idosos tendem a ter uma maior representatividade demográfica a nível mundial onde, especialmente os países do sul da Europa, se destacam pelos rácios de dependência dos idosos, e os portugueses são os mais elevados na dependência total (Fonseca, 2014). Em 2014, Portugal perdeu cerca de 0,57% da sua população, sendo que no período compreendido entre 2010 e 2014 já se verificava uma perda populacional de 1,7%. Portugal apenas ficou antecedido por Porto Rico, Letónia, Lituânia e Grécia (WHO, 2012). O mesmo relatório, no que respeita a Portugal, estima que em 2030 será o terceiro país, a nível mundial, com a população

mais envelhecida (50,2 anos em média), seguindo-se a Itália (50,8) e o Japão (51,5). Relativamente ao número de habitantes, atualmente com cerca de 10 milhões, passará em 2030 para 9,845 milhões, em 2050 para 9,216 milhões e em 2100 para 7,407 milhões. Portugal é destacado entre os países cuja população mais decrescerá em 2050, com 11%, facto que resulta do saldo migratório negativo do país e da baixa natalidade existente há décadas. Em 2011 Portugal tinha cerca de 19% da população com 65 ou mais anos de idade. Relativamente ao índice de dependência total agravou-se na última década em 4% e, a menos que se verifique uma inversão da diminuição da natalidade, este indicador tenderá a continuar a agravar-se. Ainda, o índice de dependência total aumentou de 48% em 2001 para 52% em 2011. O agravamento do índice de dependência total é resultado do aumento do índice de dependência dos idosos, que aumentou cerca de 21% na última década (INE, 2011). O agravamento do envelhecimento da população tem vindo a ocorrer de forma generalizada em todo o território e deixou de ser um fenómeno localizado apenas no interior do país. Vários são os fatores que têm dominado as tendências recentes, entre as quais a redução da fecundidade portuguesa que é a terceira menor da União Europeia, com 40% inferior ao necessário para garantir a reposição da população, bem como o adiar da maternidade, onde a idade média das mulheres, por ocasião do primeiro filho, passou de 24 para os 29 anos no último quarto de século (Macedo, 2013). Estes resultados são corroborados pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), que numa análise atenta ao panorama Português referem-nos que as medidas adotadas, incentivadas pela *Troika*, criaram condições para que a economia se deteriorasse ainda mais, o que levou a uma nova realidade na organização familiar e social. Existem famílias em que todos os seus membros ativos estão desempregados e são sustentadas pelo seu elemento mais sénior (muitas das vezes já em situação de reforma) (OPSS, 2013). Qualquer crise económica tem efeitos sobre a saúde das pessoas, particularmente sobre as mais desprotegidas e, por isso, mais vulneráveis (OPSS, 2014), como é o caso dos idosos.

O Relatório da Primavera atual refere que a crise económica levou a que os jovens, por não conseguirem entrar no mercado de trabalho, tenham saído para o estrangeiro, para construir a sua vida, o que tem repercussões na baixa natalidade. A este facto acresce ainda que, muitos dos emigrantes regressassem aos seus países de origem, ou que fossem procurar trabalho noutro país, pelo elevado desemprego que se verificava em Portugal (OPSS, 2015). A compreensão dos processos migratórios ajudam à compreensão da dimensão do fenómeno em Portugal. Em 2011 existiam 10.562.178 habitantes em Portugal, o que revela um abrandamento no crescimento demográfico, com 2% de aumento, face aos 5% na década de 90. Já na RAM, em 2011, este aumento foi de 9% (INE, 2011). O mesmo documento reforça que na última década verificou-se o agravamento do fosso entre jovens e idosos. No que respeita à percentagem de jovens recuou de 16% em 2001 para 15% em 2011. Situação inversa se verificou na população idosa, onde dos 16% em 2001 passa para 19% em 2011. A RAM, por sua vez, detém uma das maiores percentagens de jovens e, no caso da população idosa, é das menos representadas, com 16% e 15% respetivamente (INE, 2011).

Estimou-se para o triénio 2010-2012 uma esperança média de vida à nascença de 79,78 anos, a qual continua a ser superior para as mulheres, que podem esperar viver 82,59 anos, enquanto que os homens é de 76,67 anos (INE, 2013). Projeta-se que em 2060 residam no território nacional cerca de tr idosos por cada jovem e estima-se que a percentagem da população com 65 ou mais anos será de 32,3%, com um índice de envelhecimento de 271 idosos por cada 100 jovens, mais do dobro do que o verificado nos Censos de 2011. Contribui para este cenário a tendência da população com 80 e mais anos de idade. Em 2011 o índice de envelhecimento da população agravou-se para 128 (ou seja, por cada 100 jovens, há 128 idosos), já que em 2001 era de 102. A RAM representa um dos menores índices de envelhecimento do país, nomeadamente 91 (INE, 2011). Destaca-se, ainda, que relativamente aos edifícios acessíveis a pessoas com mobilidade reduzida, nomeadamente cadeira de rodas, os

resultados dos Censos 2011 revelam que apenas 41% dos edifícios são acessíveis, sendo que na RAM o valor é inferior a 40%. No que respeita à acessibilidade das residências em Portugal, através de cadeira de rodas, é ainda menor que dos edifícios, ou seja, “apenas 30% dos edifícios com três ou mais alojamentos, dispõem de espaço comum no seu interior que permita a circulação em cadeira de rodas até à sua entrada”, sendo na RAM onde se verifica a maior percentagem de edifícios com condições de circulação em cadeira de rodas, com 52% (INE, 2011, p. 70).

A RAM é constituída por Madeira, Porto Santo, Desertas e Selvagens. Alvo da atenção foram os dez municípios da Madeira (Calheta, Câmara de Lobos, Funchal, Machico, Ponta do Sol, Porto Moniz, Ribeira Brava, Santa Cruz, Santana, São Vicente) e Porto Santo. A ilha da Madeira tem 53 freguesias e ocupa uma área de 758,52 km², o que corresponde a 0,82% do território nacional. O distrito é habitado por 262.302 pessoas (2,48% dos habitantes a nível nacional), das quais, 15,06% têm mais de 65 anos, ou seja, em cada 91 idosos existem 100 jovens (INE, 2011). Ainda em termos demográficos, constata-se que das 90.745 famílias residentes na RAM, 19,50% são compostas por uma única pessoa (a média nacional cifra-se em 21,45%), e que o peso dos agregados domésticos com quatro ou mais indivíduos é de 11,63% (um resultado superior ao total do verificado no país, cujo resultado é de 6,49%). Pelo descrito anteriormente percebe-se que o envelhecimento merece um lugar de destaque na sociedade da RAM, pelos desafios que coloca em termos de plano de ação, plano esse que deve ser ajustado às novas exigências.

Referiu-se anteriormente que Portugal vivencia uma crise, e algumas destas repercussões refletem-se nos números de recursos humanos disponíveis no nosso SNS. A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico publicou que existiam em Portugal 4,1 médicos por cada 1000 habitantes, o que revela um claro incremento desde o ano 2000, resultado esse superior à da própria União Europeia (UE) (3,4) (OCDE, 2011). Já os dados da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2014) relativos ao total de médicos no SNS indicam que ocorreu

uma diminuição de 1,4% de 2012 para 2013 e, simultaneamente, um incremento de 13,02% no número de médicos em internato. Ou seja, o número de médicos em internato geral por 1000 habitantes no Sistema Nacional de Saúde (SNS) é de 2,63 por 1000 habitantes em 2012 e em 2013 constatou-se um aumento para 2,70 por 1000 habitantes (MS, 2014).

No que respeita aos enfermeiros a realidade é inversa. Ou seja, se a média dos 28 países que atualmente integram a UE é de 8 enfermeiros por 1000 habitantes, em Portugal é de 5,8 enfermeiros por 1000 habitantes em 2012. Neste valor estão incluídos os enfermeiros com funções de gestão, educação e investigação. Já no SNS verificamos que o rácio era de 3,8 enfermeiros por 1.000 habitantes em 2012, valor esse que decresceu para 3,7 em 2013 (MS, 2014). Verifica-se, assim, uma assimetria considerável entre os rácios do SNS e os da OCDE, o que se pode justificar pelo facto de médicos e enfermeiros, em julho de 2013, terem reportado que nos 18 meses anteriores cerca de 5000 profissionais (1/3 médicos e 2/3 enfermeiros) tenham solicitado às respetivas ordens a documentação necessária para exercer funções no estrangeiro (Sakellarides, Castelo-Branco, Barbosa & Azevedo, 2014).

Por fim, gostaríamos ainda de destacar o acesso a consultas, onde o decréscimo de consultas médicas nos cuidados de saúde primários se tem verificado, no entanto situação oposta tem ocorrido nas consultas médicas domiciliárias com um aumento de 4,16%, bem como, nas consultas de enfermagem domiciliárias, com um crescimento de 11,3% (MS, 2014). Relativamente à RAM, o número de consultas médicas nos seus Centros de Saúde, em 2008 era de 383.117, e em 2012 passa para 374.725. Já em Portugal continental, e em igual período, passa de 31.710.698 para 26.283.459, o que equivale a uma variação de -2,19% na RAM e de -17,11% para Portugal continental.

1.2 – CONHECIMENTO DE ENFERMAGEM

Os enfermeiros cuidam de pessoas e ajudam-nas em momentos em que as condições decorrentes das transições no percurso de vida e saúde são de particular vulnerabilidade, na qualidade de membros de uma equipa de saúde transdisciplinar. Têm como missão, nobre e complexa, atender à individualidade de cada pessoa, no sentido de adequar a sua intervenção face às necessidades/respostas variadas que poderá apresentar em diferentes situações de saúde e doença, inerentes ao seu processo de vida (Caldeira, 2012).

Os modelos em uso no contexto das práticas do exercício profissional dos enfermeiros nem sempre são os modelos que melhor respondem às necessidades das pessoas de que cuidam (Silva, 2006a). Temos assistido a mudanças no paradigma de enfermagem, após a década de 70 anterior, desde o paradigma da categorização para o da transformação, passando pelo da integração. O paradigma da transformação representa a abertura da ciência de enfermagem ao mundo, através do reconhecimento de que as pessoas têm a capacidade, e a possibilidade de serem agentes/parceiros na tomada de decisão em saúde (Newman, 1992; Silva, 2002). O processo de tomada de decisão em enfermagem está frequentemente relacionado com o conceito de pensamento crítico, que requer um processo intelectual disciplinado de utilizar hábil e ativamente o conhecimento para conceptualizar, aplicar, analisar, sintetizar e/ou avaliar dados e informação orientadora da ação (Silva, 2006a; Caldeira, 2012).

O paradigma integrativo surge nos Estados Unidos da América na década de 40, após a 2ª Guerra Mundial. Nesta época verificou-se um desenvolvimento notável das ciências sociais e humanas com a contribuição de Rogers na terapia centrada na pessoa, como alvo dos cuidados, e de Maslow sobre a motivação, sendo que alertam para um reconhecimento da importância do ser humano no seio da sociedade (Kérrouac *et al.*, 2007). Perspetiva os fenómenos como multidimensionais e

os acontecimentos como contextuais, com valorização de dados objetivos e os subjetivos. Neste contexto, os cuidados de enfermagem têm como objetivo a manutenção da saúde da pessoa em todas as suas dimensões, ou seja, que tem em conta a sua globalidade, onde a intervenção significa "agir com" a pessoa, com o objetivo de responder às suas necessidades (Silva, 2002).

Saúde e doença são entidades distintas que coexistem e que estão em interação dinâmica. A maioria das concepções de enfermagem foram criadas a partir da orientação para a pessoa. Surgiram durante este período os primeiros modelos conceptuais para orientar a prática dos cuidados de enfermagem, a formação e a investigação (Kérouac *et al.*, 2007). Desta forma, o exercício profissional dos enfermeiros evoluiu de uma lógica executiva para uma lógica mais concetual e avançada, que recorre ao conhecimento de outras disciplinas, do domínio das ciências da saúde, para o uso do conhecimento da própria disciplina de enfermagem, muitas das vezes, a partir da investigação produzida (Silva, 2006a; Silva, 2007). O raciocínio clínico é um tema cada vez mais presente na enfermagem, quer nas discussões curriculares, quer na prática clínica, no entanto, para os enfermeiros conseguirem argumentar de uma forma apropriada, necessitam entender os conceitos determinantes para a sua prática, bem como avaliar, reconhecer e/ou antecipar as condições adequadas para a prática (Barros, Carvalho & Lemos, 2013; Herdman, 2013). O raciocínio clínico que culmina num diagnóstico é considerada uma das fases mais complexas do processo de enfermagem e envolve tomar decisões com identificação das condições clínicas da pessoa, portanto, quanto maior for a acurácia de um diagnóstico, mais preciso deverá ser o processo de decisão clínica (Caldeira, Chaves, Carvalho & Vieira, 2012).

Raciocínio deriva da palavra *raciocinium* (latim), que significa cálculo, avaliação, utilização da razão, e clínico deriva da palavra *kliniko* (grego), que está relacionado com cama, clínica, o lugar onde são feito os procedimentos preventivos, curativos e paliativos ou a análise dos sinais/sintomas expressos pela pessoa (Cerullo & Cruz, 2010). No contexto

da enfermagem, o raciocínio clínico é entendido como pensamento crítico reflexivo, simultâneo e criativo (Pesut & Herman, 1998). O tema de raciocínio clínico surge em discussões de currículos de enfermagem e na prática clínica. Margarida Vieira refere que a autonomia moral e profissional é o objetivo da formação em enfermagem, através da estimulação do pensamento crítico, para evitar “o relativismo ético quando um sistema dogmático de valores descontextualizados da responsabilidade individual para com a pessoa cuidada” (Vieira, 2007, p. 91).

Por pensamento crítico entende-se o julgamento intencional que resulta em interpretação, análise, avaliação e inferência, além da explicação das evidências sobre as quais o julgamento foi baseado (Bittencourt & Crossetti, 2013). O pensamento crítico inclui uma atitude analítica, sensibilidade ao contexto, questionamento das suposições, está baseado na reflexão em fontes com credibilidade, considera várias soluções e segue uma avaliação constante (McDonald, 2007). Ainda, requer conhecimento relacionado com a área respectiva (Herdman, 2013).

Bittencourt e Crossetti realizaram um estudo exploratório e descritivo que incluiu sete estudantes, cujo objetivo foi identificar habilidades do pensamento crítico no processo de diagnóstico de enfermagem. A competência essencial deste processo é o pensamento crítico. Os resultados obtidos neste estudo foram: perspectiva contextual (análise de indícios numa perspectiva holística); discernimento (reflexão de situações clínicas e julgamento de diagnósticos de enfermagem prioritários); aplicação de padrões (avaliação de situações clínicas com base na literatura, agrupamento de dados com base em padrões e evidências da literatura); conhecimento da pessoa com quem prestamos cuidados (compreensão dos seus sintomas, nomeadamente, análise subjetiva, conhecimento da história clínica do paciente e, do contexto familiar); experiência clínica (atuação em casos clínicos similares, percepção e observação de dados de casos clínicos similares); raciocínio lógico (relação de dados objetivos e subjetivos da pessoa, relação de dados identificados com o problema de saúde, organização dos dados obtidos e agrupamento

dos dados); conhecimento técnico-científico (conhecimento de fisiopatologia para compreender e relacionar sinais/sintomas, comparação de situações clínicas com dados da literatura e relação de sinais e de sintomas para estabelecer problemas); e análise (avaliação e detalhe da história clínica, observação e relação de dados da pessoa, compreensão de prioridades de necessidades de saúde e agrupamento de principais sinais/sintomas) (Bittencourt & Crossetti, 2013).

A suposição de que todas as pessoas terão a mesma prioridade nos diagnósticos de enfermagem, com base apenas no diagnóstico médico, nega a individualidade da pessoa (Herdman, 2013), pelo que se deve atender às relações existentes, ao ambiente e aos valores da pessoa.

Tal como descrito anteriormente, vários são os paradigmas existentes na enfermagem, e desde o da categorização, passou-se pelo integrativo e atualmente preconiza-se o da transformação. Sabemos, à partida, que a academia pretende mostrar-nos qual o melhor caminho para as boas práticas de enfermagem, pelo desenvolvimento de investigação. No entanto, nem sempre é tão linear a sua implementação, o que motiva a existência de várias realidades.

1.2.1 – Classificações de enfermagem

As classificações são fulcrais à disciplina de enfermagem, e em particular a classificação e os diagnósticos de enfermagem, contribuem para melhor compreender cada diagnóstico de enfermagem, a sua relação com uma teoria, numa lógica de um processo aberto e coconstruído (von Krogh, 2008). O desenvolvimento de classificações de enfermagem não é um processo fácil, uma vez que se refere ao ser humano, mas com uma importância inquestionável. As taxonomias ajudam à construção de sistemas de documentação que sejam fáceis de usar, bem como pesquisáveis, de maneira mais significativa. Servem três propósitos: o de fornecer uma visão geral do domínio do conhecimento, auxiliar na recuperação de informações e permitir a sua análise (Avant *et al.*, 2013).

As taxonomias são ferramentas estruturantes do conhecimento, pela ajuda que conferem à organização, ordenação, mensuração e possibilidade de comparação dos seus componentes. Os enfermeiros necessitam, de uma maneira útil e eficiente, de organizar todo esse conhecimento, e uma forma de o fazer é através do uso da taxonomia (Avant *et al.*, 2013).

Para alcançar cuidados de qualidade, um dos grandes desafios da enfermagem consiste no estabelecimento de uma linguagem padronizada que favoreça a comunicação entre os enfermeiros nos diferentes contextos da prática (Garbin, Rodrigues, Rossi & Carvalho, 2009; Silva *et al.*, 2015). Segundo o *International Council of Nurses* (ICN, 2006) as classificações de enfermagem têm como finalidades:

- Estabelecer uma linguagem comum para descrever o cuidado de enfermagem a indivíduos, famílias e comunidades em diferentes locais institucionais e não institucionais;
- Permitir a comparação de dados de enfermagem entre populações de clientes, unidades, áreas geográficas e tempos diferentes;
- Estimular a pesquisa de enfermagem pela articulação dos dados disponíveis nos sistemas de informação de enfermagem, bem como a informação disponível nos outros sistemas de informação de saúde;
- Prover dados sobre a prática de enfermagem que possam ajudar nas decisões políticas de saúde e decisões no ensino de enfermagem; e
- Projetar tendências das necessidades das pessoas, provisão de cuidados de enfermagem, utilização de recursos e resultados do cuidado de enfermagem.

O uso de sistemas de linguagens, proporciona ao raciocínio clínico requerido no cuidado de enfermagem, a construção e organização do conhecimento da disciplina (Carvalho, Cruz & Herdman, 2013). Os sistemas de linguagens padronizadas são importantes no auxílio dos enfermeiros a desenvolver competências adequadas à crescente

complexidade do cuidado de enfermagem, ou seja, são fundamentais para o desenvolvimento da enfermagem como disciplina e profissão. Os sistemas de linguagens padronizadas são estruturas que organizam uma terminologia acordada entre os enfermeiros, para descrever as avaliações, intervenções e resultados pertinentes ao cuidado de enfermagem e, por isso, oferecerem uma estrutura formal no apoio ao raciocínio clínico, organização do conhecimento e na prática de enfermagem (Carvalho *et al.*, 2013). Uma taxonomia deve ter regras rigorosas para a categorização dos seus elementos. Um desafio para os investigadores é conceber os sistemas de linguagens padronizadas não só como fontes de conceitos a serem desenvolvidos e refinados, mas também como repositórios legítimos para abrigar os conceitos que são criados pelos estudos (Carvalho *et al.*, 2013). A Enfermagem é uma disciplina com repercussão ao nível dos ganhos que as pessoas, e o sistema de prestação de cuidados de saúde, podem obter com a sua contribuição, pelo que deverão demonstrar a sua contribuição para a concretização dos objetivos definidos para a pessoa em situação de doença (Santos, Lopes, Vidal & Gautério, 2013). Nas últimas décadas, inúmeras terminologias surgiram com o objetivo de unificar os termos utilizados na prática clínica dos enfermeiros. Através da utilização de uma determinada terminologia é possível “uniformizar os termos e documentar com sistemas de linguagem padronizada as fases do cuidado” (Silva *et al.*, 2015, p. 105).

Uma classificação proposta em 1980 pela OMS foi a *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH) em paralelo com a Classificação Internacional das Doenças (CID), uma vez que aborda não só a doença, mas também o seu impacto, no sentido de facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde. A CID fornece uma estrutura baseada na etiologia e proporciona um diagnóstico de doenças, de perturbações, ou de outras condições de saúde. A ICIDH é composta por quatro dimensões: patologia (refere-se à doença, dano ou processo anormal que ocorre num órgão); deficiência (perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica); incapacidade

(dificuldade em realizar certas atividades da vida diária, como resultado de uma doença ou deficiência); e desvantagem (consequência social da doença, da deficiência ou da incapacidade). Esta classificação, ancorada na teoria funcionalista, ajudou na distinção de vários conceitos, no entanto apresenta limitações no que respeita à falta de relação entre as dimensões sociais, culturais e ambientais (Kearney & Pryor, 2004).

A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF), que engloba as várias dimensões da saúde, tem um papel decisivo na agregação da funcionalidade, incapacidade e saúde humana. Esta classificação permite identificar o que a pessoa pode, ou não, fazer na sua vida diária e tem em vista a função dos órgãos/sistemas, assim como as limitações de atividade e restrições da participação social no meio ambiente onde a pessoa está inserida (Menoita *et al.*, 2012). Esta classificação pertence ao grupo de classificações desenvolvidas pela OMS e pode ser usada em complementariedade com a CID. Tem múltiplas finalidades, pelo que pode ser um recurso transversal em diferentes áreas disciplinares, nomeadamente saúde, educação, segurança social, emprego, economia, política social, desenvolvimento de políticas e de legislação em geral e, alterações ambientais, pelo que foi aceite pela ONU como uma das suas classificações sociais. A CIF não aborda a etiologia das doenças, mas recomenda que os investigadores possam desenvolver inferências causais, através da utilização de métodos científicos adequados (Riberto, 2011). Esta classificação também se destaca pela avaliação voltada para as pessoas idosas (Santos *et al.*, 2013). A utilização de uma ferramenta como a CIF poderá ajudar os enfermeiros a demonstrarem a sua contribuição para atingir os objetivos propostos para a pessoa em situação de doença (Santos *et al.*, 2013). A CIF contempla o andar (d450) como

“mover-se de pé sobre uma superfície, passo a passo, de modo que um pé esteja sempre no chão, como quando se passeia, caminha lentamente, anda para a frente, para trás ou para o lado”, e inclui o “andar distâncias curtas e longas; andar sobre superfícies diferentes; andar contornando os obstáculos” (OMS & DGS, 2003, p. 119).

Foi efetuado em Portugal um estudo transversal e descritivo, mais concretamente no Alentejo, com uma amostra estratificada de 931 pessoas idosas (Fonseca, 2014), onde se observou as pessoas idosas segundo o conceito de autocuidado descrito na CIF, ou seja, ao nível de: lavar-se; vestir-se; cuidados relacionados com os processos de excreção; cuidar de partes do corpo; comer; deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento; beber; andar; realizar a rotina diária; e mudar a posição básica do corpo. Dos resultados obtidos destaca-se que 68% da amostra tinha sinais de rigidez articular, 22% sinais de alteração do estado mental e 21% teve no último mês pelo menos um episódio de queda.

A classificação cuja Ordem dos Enfermeiros (OE) Portuguesa preconiza utilizar é a CIPE®. Esta é uma classificação do ICN e que foi desenvolvida com o propósito de se tornar uma terminologia de referência para ser utilizada em suporte informático. A CIPE® é um sistema de linguagem padronizada, ampla e complexa, que representa o domínio da prática da enfermagem no âmbito mundial. Também tem associada uma tecnologia de informação, o que favorece a colheita, armazenamento e análise de dados em vários cenários, linguagens e regiões geográficas distintas, contribuindo para que a prática dos enfermeiros seja eficaz e se torne visível na saúde e reconhecida pela sociedade (Garcia & Nóbrega, 2013). A CIPE® foi iniciada em 1989, ano em que o Conselho Nacional de Representantes do ICN aprovou uma resolução para o desenvolvimento de uma classificação dos elementos da prática profissional (diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem), que tivesse divulgação internacional. A aprovação dessa resolução acolhia a preocupação expressa pelos enfermeiros sobre a dificuldade para nomear as situações ou problemas do seu quotidiano, por falta de um sistema de linguagem padronizada, bem como, sobre a dificuldade de descrever a contribuição específica da enfermagem para a solução, alívio e prevenção de problemas de saúde e promoção de vida saudáveis (ICN, 1993). A falta de desenvolvimento de uma linguagem unificada para a enfermagem

começava a ser vista como uma desvantagem para a profissão. Antes do início do desenvolvimento da CIPE® foi realizado um levantamento na literatura da área e uma pesquisa junto às associações vinculadas ao ICN, para identificar as classificações que eram conhecidas e usadas nos diferentes países. Em dezembro de 1996, o ICN divulga a primeira CIPE® versão alfa, que continha duas classificações: a Classificação dos Fenómenos de Enfermagem e a Classificação das Intervenções de Enfermagem. A utilização desta classificação na prática profissional evidenciou que a sua estrutura dificultava o alcance da meta de ter uma linguagem unificada de enfermagem e, acima de tudo, que não estava a satisfazer as necessidades dos enfermeiros. A partir desta constatação, o Grupo Estratégico de Consultores da CIPE®, estabelecido em 2002, desenvolveu uma investigação entre os líderes mundiais no domínio de vocabulários usados em cuidados de saúde, com a finalidade de assegurar que a CIPE® - versão 1.0, já iniciada, fosse compatível com os vocabulários e normas existentes (Garcia & Nóbrega, 2013). Ao ser lançada uma nova versão, verificou-se o aumento do número de conceitos pré-coordenados (diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem) em comparação com o número de conceitos primitivos, que têm diminuído (Bartz, 2011). Ressalte-se que, para a construção de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, a CIPE® utiliza conceitos primitivos incluídos no modelo dos sete eixos e nas recomendações da *International Organization for Standardization* (ISO, 2003; ICN, 2008).

A CIPE® envolve três componentes que são: a pesquisa e o desenvolvimento; a manutenção e operações; e a disseminação e educação, que atuam de modo articulado. A sua evolução tem acontecido no sentido de satisfazer as necessidades dos utilizadores, bem como, das organizações que trabalham com a padronização, de modo que esteja compatível com os vocabulários e normas existentes (Garcia & Nóbrega, 2013). A CIPE® inclui um diagnóstico/resultado denominado *impaired walking* que, tal como abordado anteriormente, foi sujeito a um processo de tradução do qual resultou como enunciado “andar comprometido”

(10001046), que é definido como “capacidade para andar”. Nesta classificação, relacionado com este diagnóstico existem dois focos, um é o “andar” (10020886), e o outro é de “andar com auxiliar de marcha” (10020903), ambos anteriormente definidos.

Uma outra classificação, anterior à CIPE®, já tinha sido publicada em 1973, nos Estados Unidos da América, com a realização da I Conferência do Grupo Norte-Americano para a Classificação de Diagnósticos de Enfermagem, em pleno processo de mudança vivenciado pela enfermagem. Há autores que a relatam como a primeira iniciativa descrita na literatura para a criação de uma classificação (Lucena & Barros, 2005). O objetivo principal foi identificar e classificar os fenómenos relevantes à prática de enfermagem. Decorrente desta discussão, em 1982, foi criada a *North American Nursing Diagnoses Association*, denominada por NANDA. Em 2002 passa a ser designada por NANDA Internacional ou NANDA-I, por se ter tornado numa organização internacional, organização essa que tem como missão a “classificação ordenada dos focos diagnósticos que interessam à enfermagem, de acordo com suas supostas relações naturais” (Herdman, 2012, p. 92). Embora a NANDA-I esteja codificada para a possibilidade de informatização e para estar de acordo com os padrões desenvolvidos pela norma ISO, efetivamente não foi concebida inicialmente como uma terminologia de referência para ser utilizada a nível informático. A NANDA-I promove o raciocínio clínico e a precisão do diagnóstico, portanto fornece suporte às decisões de enfermagem, isto porque identifica os dados em avaliação (características definidoras e fatores relacionados, ou fatores de risco) que devem ser colhidos para a validação de diagnósticos de enfermagem com base na evidência real (Herdman, 2013). Importa também referir que em cada triénio, uma nova edição da NANDA-I fica disponível para os enfermeiros e a atualização é feita tendo por base estudos realizados por enfermeiros. Na última edição da classificação NANDA-I, diagnóstico *impaired walking* aparece definido como a “limitação de movimento independente, a pé, dentro do ambiente” (NANDA-I, 2015, p. 206).

Mais classificações apareceram no atual panorama da enfermagem, das quais destacamos a *Nursing Intervention Classification* (NIC) (Dochterman & Bulechek, 2008) e a *Nursing Outcomes Classification* (NOC) (Moorhead *et al.*, 2013). A NIC e a NOC foram desenvolvidas pela Universidade de Iowa, mas nunca conseguiram o caráter internacional atingido pela NANDA-I. Os termos destas classificações devem ser cuidadosamente traduzidos, pois os mesmos compõem conceitos que refletem fenômenos da prática, que exigem que a equipa utilize e pesquise os fenômenos (Barros, 2009).

A NIC teve origem num projeto de 1987 iniciado por membros do *College of Nursing* da Universidade de Iowa, nos Estados Unidos da América. A sua primeira edição foi lançada em 1992, mas só em 2004 e 2008, a terceira e quarta edição respetivamente, é que foram traduzidas e adaptadas para o português do Brasil. A NIC visa contemplar os aspetos fisiológicos e psicossociais do ser humano e inclui o tratamento, prevenção e promoção da saúde. Abrange, desta forma, a totalidade do domínio da disciplina de enfermagem e representa todas as áreas da sua prática. As intervenções de enfermagem propostas podem ser utilizadas com qualquer referencial e em todos os contextos da prática (Lucena, 2006; Bulechek, Butcher & Dochterman, 2008).

A NOC é a mais recente das três classificações. Também com origem num projeto de pesquisa desenvolvido por membros do *College of Nursing* da Universidade de Iowa, com a primeira publicação em 1997. Atualmente está na quinta edição e é composta por sete domínios, 31 classes e 490 resultados de enfermagem. Cada resultado é acompanhado pela sua definição, indicadores e escala de mensuração, aos quais é atribuído um *score* (Moorhead, Johnson, Mass & Swanson, 2013). A NOC surgiu a partir da necessidade de implementar uma linguagem específica que permitisse avaliar o processo de enfermagem (Silva *et al.*, 2015). Foi a primeira classificação clara, abrangente e padronizada, que se utilizou para descrever os resultados obtidos pelas pessoas em situação de doença em consequência de intervenções de enfermagem (Herdman, 2012). Embora

dê ênfase aos resultados mais responsivos das ações de enfermagem, os resultados podem ser compartilhados por outros membros da equipa transdisciplinar. Verifica-se que, embora disponha de estratégias para uma avaliação precisa dos resultados de enfermagem, quer da pessoa, família ou comunidade, a sua utilização na prática clínica ainda é insipiente (Silva *et al.*, 2015). A NOC possibilita não só uma avaliação precisa do estado de saúde, bem como, previne condições clínicas indesejáveis, monitoriza a evolução do indivíduo, família ou comunidade e verifica a qualidade da prática dos cuidados de enfermagem. Esta classificação consiste numa alternativa viável para avaliar e identificar as melhores práticas de cuidados de enfermagem, uma vez que gera indicadores de qualidade que favorece a determinação da efetividade do cuidado realizado pelos enfermeiros (Silva *et al.*, 2015). Embora seja considerada complementar a taxonomia da NANDA-I e da NIC, a NOC pode ser usada com outras classificações (Souza, Silva & Nóbrega, 2007; Moorhead *et al.*, 2013; Almeida *et al.*, 2008).

Tal como referido anteriormente, para se identificar o estado, ou condição de saúde, pode-se recorrer à classificação dos diagnósticos de enfermagem, proposta pela NANDA-I. Para estabelecer as intervenções de enfermagem adequadas pode-se recorrer à NIC e, para determinar os resultados esperados sensíveis às intervenções de Enfermagem, pode-se recorrer à NOC, por forma a garantir a forma de mensurar a eficácia das intervenções para a condição clínica diagnosticada (Silva *et al.*, 2015).

Numa tentativa de conjugar metodologias para a mensuração de resultados sensíveis à prática de enfermagem, foi desenvolvida uma outra classificação, uma aliança entre NANDA-I, a NIC e a NOC e que se passa a denominar de NNN. Tem como potencial poder ser utilizado em diversos contextos (Barros, 2009), bem como, é considerada facilitadora da comunicação entre enfermeiros e clinicamente útil para a prática clínica (Silva *et al.*, 2015). Recorrer à NNN na prática clínica de enfermagem requer algumas considerações sobre o processo de enfermagem, cujos principais propósitos são identificar, compreender e descrever as respostas

humanas aos problemas de saúde ou aos processos de vida, assim como implementar ações de cuidado, para alcançar os resultados esperados pelos quais o enfermeiro é responsável. Este sistema de classificação de enfermagem foi criado pela necessidade de padronizar e classificar termos que refletissem o significado de fenômenos comuns na prática clínica da enfermagem.

Tanto a NIC, como a NOC, têm intervenções e resultados, respectivamente, que estão interligados com o diagnóstico de enfermagem *impaired walking* (apêndice 1).

Resumindo, todas as classificações ao dispor dos enfermeiros devem ter em conta a tomada de decisão, para que sejam pautadas pela avaliação criteriosa de sinais/sintomas apresentados pela pessoa, família ou comunidade, na compreensão da sua relevância para a prática clínica. Se adotarmos sistemas de linguagem padronizados, como instrumentos auxiliares ao raciocínio clínico, as suas contribuições serão potencializadas.

1.2.2 – A taxonomia da NANDA-I e o diagnóstico de enfermagem

As taxonomias conferem organização, ordenação, mensuração e a possibilidade de comparação. Também os enfermeiros sentem necessidade de organizar o conhecimento de forma útil e eficiente, e uma maneira de o fazer é através da utilização de taxonomias (Avant *et al.*, 2013).

Os conceitos são dinâmicos e têm acompanhado a evolução da ciência. Por taxonomia entende-se “o arranjo sistemático de fenômenos relacionados, tanto em grupos como em classes, com base nas características que possuem em comum” (Herdman, 2013, p. 36).

O conceito de diagnóstico de enfermagem foi aprovado na 9ª Conferência da NANDA-I, alterado em 2009 e em 2013 e, atualmente, define-se como:

“um julgamento clínico sobre experiências/respostas a problemas de saúde/processos de vida reais ou potenciais de um indivíduo, família ou comunidade. Um diagnóstico de enfermagem fornece a base de seleção das intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais os enfermeiros são responsáveis” (Herdman, 2013, p. 32).

O termo diagnóstico de enfermagem surge na literatura na década de 50 e, até à década de 70, muito raramente foi aplicado (Cruz, Cruz & Secaf, 1991). O uso da palavra diagnóstico gerou conflito, pois pensava-se ser propriedade exclusiva da medicina, situação que levou a um atraso no desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem enquanto etapa do processo de enfermagem e fenómeno do âmbito exclusivo da enfermagem (Utyama & Uratani, 1990).

No regulamento do exercício profissional do enfermeiro (REPE), expresso no Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, com alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, o artigo 9º refere-se às intervenções de enfermagem autónomas como as:

“ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem” (1996, p. 2961).

Podemos afirmar que das intervenções autónomas faz parte a elaboração de diagnóstico(s) de enfermagem. Os enfermeiros diagnosticam e recorrem, para tal, a uma metodologia científica, mediante etapas do processo de avaliação de necessidade(s), elaboração de diagnóstico(s), planeamento, implementação da(s) intervenção(ões) e a reavaliação. Pretende-se que obtenha mudanças positivas nos comportamentos que influenciam a saúde. Através de um raciocínio crítico, em parceria com o(s) seu(s) cliente(s), identificam o(s) diagnóstico(s) passível(is) de orientar intervenções de enfermagem, por forma a alcançar os resultados esperados (Herdman, 2012), num processo que se pretende contínuo.

Na última edição da NANDA-I, quando abordado o tema do processo de enfermagem, é referido que a colheita de dados (atividade intelectual e interpessoal), para além de proporcionar a melhor oportunidade para o enfermeiro estabelecer uma relação terapêutica real, também é a etapa mais importante, uma vez que se não for bem efetuada, compromete as etapas seguintes (figura 1). Durante a etapa de colheita de dados, os enfermeiros colhem os dados da pessoa (família/grupo/comunidade), processam a informação e, de seguida, organizam em categorias significativas de conhecimento, também designados como diagnósticos de enfermagem (Herdman & Kamitsuru, 2015).

Figura 1: Etapas que integram a colheita de dados até ao diagnóstico.

Colheita de dados Inicial	<ul style="list-style-type: none"> • Colheita de dados; • Análise dos dados; • Agrupamento das informações.
Possíveis diagnósticos	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar todos os possíveis diagnósticos que fassam sentido com as informações disponíveis.
Colheita de dados	<ul style="list-style-type: none"> • Colheita de dados focada; • Análise dos dados; • Confirmação ou rejeição dos possíveis diagnósticos.
Diagnóstico de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Determinação dos diagnósticos de enfermagem prioritários.

Fonte: Adaptado de Herdman e Kamitsuru (2015, p. 32).

A necessidade dos enfermeiros de colherem dados é importante para a especificidade da sua prática, pois elabora diagnósticos de enfermagem apenas tendo por base o diagnóstico médico, ou em informações médicas, não é um processo recomendado nem seguro, uma vez que pode “gerar intervenções inadequadas, permanência prolongada e readmissões desnecessárias” (Herdman & Kamitsuru, 2015, p. 32).

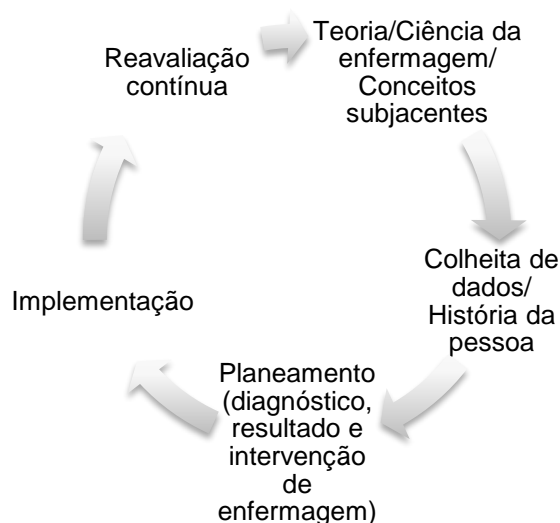
Segundo estas autoras existem dois tipos de colheita de dados, nomeadamente, a inicial e a aprofundada, com propósitos diferentes.

Enquanto a colheita inicial é possivelmente a mais fácil, mas requer competências específicas para que os dados sejam colhidos, já numa segunda etapa, a aprofundada é mais focalizada. Esta permite ao enfermeiro investigar informações identificadas na primeira colheita e procurar indicadores adicionais capazes de dar apoio ou rejeitar possíveis diagnósticos de enfermagem.

No processo de enfermagem a elaboração dos diagnósticos de enfermagem requer uma apreciação objetiva, através de um juízo clínico, decorrente e simultaneamente promotor de uma prática baseada na evidência científica.

Os enfermeiros identificam os diagnósticos mais adequados, com o objetivo de orientar a sua prestação de cuidados, no sentido do bem-estar e da autorealização das pessoas com quem cuidam (pessoa, família, grupo ou comunidade) (figura 2). As vivências e experiências individuais oscilam entre os processos de saúde/doença e processos de vida. Assumem significados diferentes consoante os fatores que lhe estão inerentes que, ao serem identificados (diagnósticos de enfermagem), deverão ser alvo de intervenções de enfermagem (Herdman, 2012; Kérouac *et al.*, 2007; Caldeira *et al.*, 2012).

Figura 2: O processo de enfermagem modificado centrado na pessoa/família/grupo/comunidade.



Fonte: Adapado de Herdman e Kamitsuru (2015, p. 39).

Os conceitos relevantes para a enfermagem são as respostas das pessoas às circunstâncias de vida e saúde (diagnósticos de enfermagem). Os enfermeiros realizam ações (intervenções) para influenciar positivamente essas respostas e obter/manter as melhores condições possíveis de saúde e bem-estar (resultados).

A NANDA-I fornece uma classificação padronizada e requer uma abordagem que destaque a importância da etiologia dos diagnósticos de enfermagem em conjunto com o impacto que o sexo, idade, cultura, espiritualidade e experiência de vida podem ter nos seres humanos, à medida que eles respondem às experiências de vida e condições de saúde (Herdman, 2013). A NANDA-I foi concebida para promover o raciocínio clínico e a precisão nos diagnósticos de enfermagem, para fornecer suporte à tomada de decisão, e para identificar os dados de avaliação (características definidoras e fatores relacionados ou fatores de risco), que devem ser colhidos para validar o diagnóstico de enfermagem, com base na evidência real (Herdman, 2013).

Entre os marcos históricos, salientamos, no desenvolvimento desta taxonomia a divulgação da taxonomia I, baseada nos Padrões de Respostas Humanas, em 1982 e divulgado em 1987 (Herdman &

Kamitsuru, 2015); e a sua revisão em 2000, ano em que passou a ser utilizada a taxonomia II, com uma estrutura multiaxial, adaptada dos padrões funcionais de saúde de Gordon (constituída por 13 domínios, 47 classes e 201 diagnósticos), ou seja, “um sistema que consiste em eixos, nos quais os comportamentos são combinados para tornar os diagnósticos, substancialmente, iguais na forma, coerentes com o modelo ISO” (NANDA-I, 2013, p. 95-96). Atualmente a discussão faz-se em torno de uma proposta para a taxonomia III, que foi apresentada em dois eventos científicos (São Paulo em 2011 e Houston em 2012), bem como na atual edição da NANDA-I (Herdman & kamitsuru, 2014). Esta evolução sublinha a reflexão crítica, análise e investigação na definição de diagnósticos na, e para, a prática de cuidados de enfermagem (tabela 2).

Tabela 2: Sete domínios na proposta para a Taxonomia III da NANDA-I.

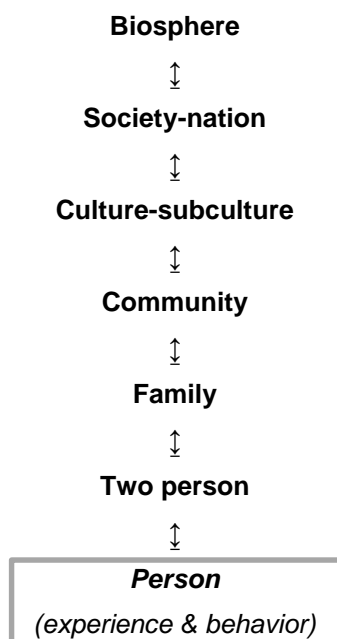
Aspetos da saúde humana	Capacidade e vulnerabilidade humana	Influências na saúde humana ou as questões de saúde em si
<ul style="list-style-type: none"> • Fisiológico • Mental • Existência 	<ul style="list-style-type: none"> • Funcional • Segurança 	<ul style="list-style-type: none"> • Família • Ambiente

Fonte: Adaptado de Herdman e Kamitsuru (2014, p. 64).

A proposta para a taxonomia III é baseada nos estudos de von Krogh, Dale e Naden (2005), bem como na revisão crítica sobre a taxonomia II realizada por von Krogh (2008), onde analisou todos os domínios e classes quanto à sua homogeneidade ontológica e à sua funcionalidade para a prática clínica. Decorrente desta revisão crítica, von Krogh (2008) identifica incoerências e repetições na classificação de alguns diagnósticos, o que dificulta o reconhecimento rápido e efetivo pelos enfermeiros do domínio e classe dos diagnósticos, na sua prática clínica. Neste sentido, a sua proposta para a taxonomia III da NANDA-I toma a ontologia e o conhecimento ontológico como fundamento. Esta proposta tem semelhanças entre os sete domínios propostos na NANDA-I (*physiological, mental, existencial, functional, safety, family e environment*) (Herdman & Kamitsuru, 2014) e os sete princípios da enfermagem

integrativa. A figura que se segue adapta os níveis de organização da hierarquia do sistema preconizado pela enfermagem integrativa (figura 3) (Koithan, 2014).

Figura 3: Hierarquia do sistema preconizado pela enfermagem integrativa.



Fonte: Adaptado de Koithan (2014, p. 8).

Neste sentido “*integrative nurses make use of the full complement of therapies when constructing a plan of care for patients (...) nursing practice is informed by multiple sources of evidence-empirical, aesthetic, ethical, personal, political, and unknowing*” (Koithan, 2014, p. 13).

O paradigma integrativo aponta o andar enquanto intervenção de enfermagem para a gestão do stresse (Lindquist, Witt & Crane, 2014) e para a gestão do compromisso cognitivo (Ross & Bell, 2014).

Importa ainda referir que a NANDA-I está incluída no *Unified Medical Language System*, registada no *Health Level Seven*, incluída no *Systematized Nomenclature of Human and Veterinary Medicine*, está traduzida em 12 línguas e a taxonomia II da NANDA-I, e atende os critérios estabelecidos pelo *Committee for Nursing Practice Information*

Infrastructure da American Nurses Association (ANA) (Barros, 2009; NANDA-I, 2013).

Existem quatro tipos de diagnósticos de enfermagem descritos na NANDA-I, que são:

- Real: é o mais frequente e é constituído por definição, características definidoras e fatores relacionados. Entende-se por característica definidora (sinais/objetivo e sintomas/subjetivo) a colheita de dados que resulta da interação com a pessoa no evento de saúde/doença, sendo que a avaliação não é uma tarefa única, mas sim um processo contínuo. Por outro lado, os fatores relacionados (etiologia, fatores causais ou correlacionados), que são obtidos através de entrevista (história de antecedentes pessoais, revisão de sinais e sintomas), pesquisa no processo da pessoa, entre outras, e são a chave na tomada de decisão em relação às intervenções de enfermagem;
- Risco: é a segunda maior categoria. As respostas humanas a condições de saúde (processos de vida) que podem desenvolver num indivíduo, família ou comunidade vulnerável. São apoiados por fatores de risco que contribuem para aumentar a vulnerabilidade (fatores de risco são fatores ambientais, fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade a um evento);
- Síndrome: descreve um conjunto específico de diagnósticos de enfermagem (características definidoras maior ou igual a três) que ocorrem juntos e que são melhor atendidos em conjunto ou por meio de intervenções semelhantes;
- Promoção da Saúde: diagnóstico de enfermagem real, porque o desejo de aumentar o bem-estar e realizar o potencial humano de saúde é uma oportunidade de promover a saúde que existe nesse momento específico (Herdman, 2013).

Se as únicas intervenções de enfermagem que podem ser desempenhadas necessitam apenas da indicação médica, então é pouco provável que essa situação perante a qual o enfermeiro intervém possa atender à definição de um diagnóstico de enfermagem (Herdman, 2013). É importante que o enfermeiro considere os determinantes primários ao avaliar se um conceito é, de facto, um diagnóstico de enfermagem ou se simplesmente representa a renomeação do diagnóstico médico (Herdman, 2013). A falta de características definidoras e de fatores relacionados para um diagnóstico de enfermagem limita a capacidade do enfermeiro avaliar com precisão um diagnóstico e pode colocar a segurança da pessoa em risco. Um plano de cuidados baseado em diagnósticos de enfermagem incorretos pode levar à falta de resultados apropriados e à utilização de intervenções desnecessárias, ineficazes e potencialmente nocivas, não ficando garantido a qualidade dos cuidados de enfermagem (Herdman, 2013).

A NANDA-I é, assim, a classificação de diagnósticos de enfermagem submetida a maior número de estudos de investigação e é caracterizada pela objetividade. É considerada mais adequada para o raciocínio clínico do enfermeiro e para a definição de diagnósticos (Herdman, 2012).

A tomada de decisão é parte integrante do trabalho do enfermeiro, onde os cuidados de saúde sofrem remodelações contínuas. As alterações vivenciadas na economia, o envelhecimento populacional, a diversidade populacional e o desenvolvimento das tecnologias de informação, movem a saúde em direção a cuidados de saúde baseados no ambulatório e na comunidade (Yildirim & Ozkahraman, 2011).

Um diagnóstico de enfermagem até à sua publicação pela NANDA-I, é sujeito a um processo de desenvolvimento. O processo de validação dos diagnósticos pode ocorrer nos mais diversos contextos, onde se pretende a prática baseada na evidência científica, ou seja, os enunciados, respetivas características definidoras e fatores relacionados são estudados diretamente em contextos clínicos. Cada vez é mais importante a utilização de diagnóstico de enfermagem como metodologia de assistência, no

entanto, poucos diagnósticos foram validados em contexto clínico. Porém alguns têm sido validados em populações específicas e em contextos cada vez mais complexos (Carvalho *et al.*, 2008; Davim, Araújo, Galvão & Mota, 2012; Herdman, 2012). Em Portugal, e até este momento, apenas o diagnóstico de enfermagem “angústia espiritual”, classificado na NANDA-I, foi validado numa amostra de adultos com cancro (Caldeira, 2012).

O raciocínio clínico inerente ao processo de tomada de decisão em relação ao diagnóstico de enfermagem, implica processos cognitivos que os clínicos usam para a colheita de dados, sua análise, criação de hipóteses e sua avaliação. Esses processos permitem que o enfermeiro se mova a partir de dados de avaliação e indique sinais anormais, sintomas, estados de risco e/ou pontos fortes da pessoa, ou oportunidades de promoção de saúde. No Modelo de *Diagnostic Process Thinking* a decisão clínica é descrita pela identificação dos processos cognitivos que ocorrem à medida que o profissional resolve um problema que se inicia através da percepção de uma questão diagnóstica (a interpretação clínica depende do conhecimento, bem como se a informação é pessoalmente relevante) (Carvalho *et al.*, 2013).

O sistema de linguagem padronizado de diagnóstico de enfermagem dispõe-se de uma estrutura que permite organizar o armazenamento do conhecimento que o enfermeiro adquire (experiência e o significado que atribui ao que observa/fundamentação, interpretações e decisão clínica) (Carvalho *et al.*, 2013).

Em síntese, o facto de um diagnóstico estar classificado, não significa que não possa ser submetido a investigação. O desenvolvimento da ciência e o binómio saúde/doença, enquanto respostas das pessoas aos fenómenos, são dinâmicas e diferem de pessoa para pessoa. Daí ser desejável a pesquisa sobre os conceitos de diagnósticos e a sua validação clínica, por forma a sustentar a prática baseada na evidência, aproximando o contexto de prática clínica dos enfermeiros ao que, de facto, são os resultados da pesquisa científica (Stevens, 2013).

1.2.2.1 – O diagnóstico de enfermagem *impaired walking*

Andar é importante não só enquanto resposta humana, mas também pela possibilidade de avaliação e respetivo planeamento de intervenção(ões) adequadas por parte do enfermeiro. *Impaired walking* constitui um diagnóstico de enfermagem proposto por Brenda Emick-Herring à, ainda denominada, NANDA. Foi publicado em 1998, quando vigorava a taxonomia I, organizada de acordo com os padrões funcionais de Gordon, no padrão 6 (*Moving*), com o código 6.1.1.1.3 (NANDA, 1999).

Foi revisto em 2006 e integrou a taxonomia II, já na NANDA-I no domínio 4 (*Activity/Rest*), definido como “*production, conservation, expenditure, or balance of energy resources*” (Herdman & Kamitsuru, 2014, p. 205), na classe 2 (*Activity/Exercise*), definida como “*moving parts of the body (mobility), doing work, or performing actions often (but not always) against resistance*” (Herdman & Kamitsuru, 2014, p. 206).

O nível de evidência atual do diagnóstico de enfermagem *impaired walking* (00088) é de 2.1, o que significa que à data da sua avaliação pela Comissão de Desenvolvimento de Diagnósticos era constituído pelo enunciado, respetiva definição, pelas características definidoras, pelos fatores relacionados e pelas referências. Significa ainda que carece de investigação clínica que permita contribuir para que seja considerado no nível de evidência 3, ou seja, diagnósticos com suporte clínico.

Atualmente existe uma discussão em torno da introdução da taxonomia III, onde este diagnóstico de enfermagem integraria o domínio 4, que passaria a ser denominado de *functional* e a classe 2 que seria denominada de *physical ability* (Herdman & Kamitsuru, 2014, p. 222).

O enunciado do diagnóstico de enfermagem *impaired walking* (00088) atualmente define-se como “*limitation of independent movement within the environment on foot*” (Herdman & Kamitsuru, 2014, p. 222). A versão em português do Brasil traduz o seu enunciado como *deambulação prejudicada* e define como “limitação à movimentação independente, a pé, pelo ambiente” (NANDA-I, 2015, p. 206). As suas características

definidoras são: “*impaired ability to climb stairs, impaired ability to navigate curbs, impaired ability to walk on decline, impaired ability to walk on an incline, impaired ability to walk on uneven surfaces and, impaired ability to walk required distances*” (Herdman & Kamitsuru, 2014, p. 222) e os seus fatores relacionados (etiologia e causa) são:

“*Alteration in cognitive functioning, alteration in mood, decrease in endurance, environmental barrier (e.g., stairs, inclines, uneven surfaces, obstacles, distance, lack of assistive device), fear of falling, impaired balance, impaired vision, insufficient knowledge of mobility strategies, insufficient muscle strength, musculoskeletal impairment, neuromuscular impairment, obesity, pain and, physical deconditioning*” (Herdman & Kamitsuru, 2014, p. 222).

Consideramos o *impaired walking* um fenómeno de interesse para a prática de enfermagem, enquanto resposta da pessoa, particularmente na área clínica na qual desenvolvemos competências profissionais, especialmente no âmbito da reabilitação. As alterações no andar remetem-nos para uma dimensão mais física da pessoa e permite ao enfermeiro, através da observação, elaborar um diagnóstico efetivo, com suporte na identificação das características definidoras e fatores relacionados, para uma abordagem integradora do processo de cuidar. Destaca-se, ainda, que a literatura aponta que o andar comprometido é mais frequente na pessoa idosa, em que o aumento da longevidade, associado a doenças crónicas e incapacitantes, traduz-se em novos desafios para a enfermagem (Marques-Vieira *et al.*, 2015a). Além disso, a probabilidade deste fenómeno se verificar nos idosos é altamente relevante (Tavares & Dias, 2012).

1.2.2.2 – O diagnóstico de enfermagem *impaired walking* e sua relação com *risk for falls*

Associado ao *impaired walking*, e envelhecimento, está o risco de queda. Da literatura emerge que cerca de 30% das pessoas com 65, ou mais anos, sofre pelo menos uma queda por ano e dessas quedas resulta

cerca de 10 a 15% de lesões graves (Sturnieks *et al.*, 2008). As quedas acidentais são um importante problema de saúde e afetam um em cada três idosos, sendo que a taxa de ocorrência de quedas aumenta com a idade e pode afetar 45% com idade superior a 75 (Cebolla, Rodacki & Bento, 2015). Outro estudo revela que em 6.205 registros institucionais, resultante da aplicação de um instrumento semi-estruturado, foram identificados 123 episódios de quedas, em que 40,9% de 99 idosos, ou seja, cerca de 40 idosos, teve pelo menos uma queda, desses 23 tiveram duas ou mais quedas e a maioria das situações não resultou em lesão (Baixinho & Dixe, 2014; Baixinho, 2014). No âmbito da medicação associada às quedas, um estudo com uma amostra de 214 episódios de notificação de incidente de queda de 190 doentes, concluiu que os doentes que tomam fármacos associados ao risco de quedas, em especial quando pertencem ao grupo terapêutico do Sistema Nervoso Central, como é o caso do haloperidol (Costa-Dias *et al.*, 2013).

A história de queda, a toma de medicação e os défices na mobilidade, na força, no andar e no equilíbrio, estão descritos na literatura como fatores de risco mais frequentes para a queda (Sturnieks *et al.*, 2008; Baixinho & Dixe, 2014; Baixinho, 2014; Costa-Dias *et al.*, 2014), o que vai ao encontro do que a NANDA-I descreve como alguns dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem *impaired walking* (00088), bem como, alguns dos fatores de risco de *risk for falls* (00155). Para prevenir quedas, a estimulação da atividade física, deve ter como principais objetivos aumentar a força dos grupos musculares, principalmente ao nível dos membros inferiores, melhorar o andar, melhorar os parâmetros de equilíbrio e de coordenação (Kocur *et al.*, 2015). Outro estudo salienta que as quedas levam a um aumento dos custos em saúde e a problemas sociais, além da redução da funcionalidade, da perda de independência e, em alguns casos, pode mesmo resultar em morte. A ocorrência de quedas depende de fatores extrínsecos, relacionados com o meio ambiente, e fatores intrínsecos, dos quais destacam a força, poder de redução, controlo

e alterações de parâmetros posturais da marcha, défices visuais, funcionais e cognitivos (Cebolla *et al.*, 2015).

O medo de cair provoca falta de confiança nas tarefas do quotidiano, restrição nas atividades sociais e aumento da dependência. A investigação demonstra que é causador de institucionalização, mesmo quando os idosos não caíram (Marques-Vieira *et al.*, 2016). O medo de cair aumenta com a idade, é mais comum entre as mulheres, tem sido associado com o risco para quedas e relacionado com lesões decorrentes da queda, como são a diminuição da velocidade da marcha, o equilíbrio e a função física (Halvarsson *et al.*, 2015). Também a capacidade de dividir a atenção entre uma tarefa motora e uma tarefa cognitiva (*dual-tasking*), componente presente na maioria das AVD, pode afetar o equilíbrio, o andar e o risco de queda em idosos. Por fim, estes autores abordam a pessoa idosa com osteoporose, associado aos fatores de risco anteriormente referidos, pode levar à diminuição da atividade, diminuição da função física, aumento do risco de quedas e consequente diminuição da qualidade de vida. Este grupo de investigação desenvolveu um programa de treino de equilíbrio com tarefas funcionais para idosos com problemas de equilíbrio, treino esse avaliado com sucesso, de onde resultou uma redução do medo de cair, melhoria no equilíbrio e melhoria no andar dos idosos (Halvarsson *et al.*, 2015).

A diminuição do equilíbrio pode causar queda, o que poderá levar a lesões graves na pessoa idosa (Kim & Kim, 2015).

A velocidade da marcha é uma medida clínica essencial, sobretudo para as pessoas idosas, já que pode indicar a capacidade de andar em segurança, ou seja, a diminuição da velocidade da marcha em pessoas idosas está associada a um aumento do risco de quedas. Também a diminuição da força muscular nas extremidades inferiores leva à diminuição da estabilidade postural e ao aumento da possibilidade de quedas (Shin & Yoo, 2015).

Mulheres idosas em particular, pela redução significativa de massa óssea associada à menopausa, são mais vulneráveis a fraturas

decorrentes de quedas, que consequentemente levarão a dificuldades no andar (Jung, Ko & Jeong, 2015).

O diagnóstico de enfermagem *risk for falls* está classificado na NANDA-I desde o ano 2000 e foi revisto em 2013. Está integrado no domínio 11 (*Safety/Protection*) e na classe 2 (*Physical injury*), não tendo atribuído um nível de evidência (NANDA, 2000). À data da sua avaliação pela Comissão de Desenvolvimento de Diagnósticos era constituído pelo enunciado, pela definição e pelos fatores de risco. O enunciado de diagnóstico de enfermagem “*risk for falls*” (00155) define-se como: “*vulnerable to increased susceptibility to falling, which may cause physical harm and compromise health*” (Herdman & Kamitsuru, 2014, p. 384). Os fatores de risco estão organizados em diferentes grupos (adultos, ambientais, agentes farmacológicos, fisiológicos, cognitivos e crianças). Pelo contexto do estudo, não se aprofundará os fatores de risco associados às crianças. No que respeita a adultos, os fatores listados são: “*age ≥65 years, history of falls, living alone, lower limb prosthesis, use of assistive device (e.g., walker, cane, wheelchair)*”. No que se refere ao fator cognitivo é “*alteration in cognitive functioning*” e aos fatores ambientais são “*cluttered environment, exposure to unsafe weather-related condition (e.g., wet floors, ice), insufficient lighting, insufficient anti-slip material in bathroom, unfamiliar setting, use of restraints and use of throw rugs*”. Os agentes farmacológicos são: “*alcohol consumption and pharmaceutical agent*”. Os fatores fisiológicos são:

“acute illness, alteration in blood glucose level, anemia, arthritis, condition affecting the food, decrease in lower extremity strength, diarrhea, difficulty with gait, faintness when extending neck, faintness when turning neck, hearing impairment, impaired balance, impaired mobility, incontinence, neoplasm, neuropathy, orthostatic hypotension, postoperative recovery period, proprioceptive deficit, sleeplessness, urinary urgency, vascular disease and visual impairment” (Herdman & Kamitsuru, 2014, p. 384-385).

Estudos mostram uma correlação direta entre quedas e a diminuição da qualidade de vida nos idosos (Toomey, 2015). Assim, os enfermeiros

devem dirigir o seu olhar para esta população vulnerável, na qual o risco de quedas está presente em muitas circunstâncias. Recuperar a capacidade de andar, particularmente no idoso, pode ser determinante na aquisição da independência para as atividades de vida (Baixinho, 2008) e a diminuição da capacidade de andar poderá originar o aumento do risco de quedas (Marques-Vieira *et al.*, 2016).

A proposta de taxonomia III, passa de 13 para sete domínios. O domínio segurança é um dos que se mantém, constituído por quatro classes, e o diagnóstico *risk for falls* (00155) fica incluído na classe denominada risco para a saúde (*health hazard*), definida como “*health hazards associated with healthcare process and social process*” (Herdman & Kamitsuru, 2014, p. 88).

Também a CIPE® integra um termo no eixo do foco denominado “Queda” (10007512), que é definido como “evento ou episódio” (OE, 2011, p. 69), e outro termo denominado “Sem queda” (10034683), definido como “evento ou episódio positivo” (OE, 2011, p. 74). No que respeita ao diagnóstico/resultado existe a “Queda” (10029405) e o “Risco de queda” (10015122) (OE, 2011). Referente às intervenções relacionadas com a queda existem várias, quer no âmbito do avaliar, demonstrar, ensinar e proteger, intervenções essas que enfatizam a autonomia do enfermeiro e a importância das intervenções na atenção aos idosos a viver em comunidade (Sousa *et al.*, 2016).

Perante as inúmeras escalas existentes de suporte à tomada de decisão relativamente ao diagnóstico *risk for falls* (00155), considerou-se a realização de uma RSL, que utilizou as recomendações do *The Joanna Briggs Institute* (JBI) na estratégia *Population, Interest Area /Intervention, Contex* (PICO) (JBI, 2015), e nas recomendações da *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA).

Nesta RSL foram identificados os instrumentos de avaliação do risco de queda multifatorial em idosos residentes na comunidade (tabela 3) com os seus objetivos.

Tabela 3: Instrumentos de avaliação do risco de queda multifatorial em idosos residentes na comunidade.

Instrumentos de avaliação	Autores, ano	Objetivo
<i>Activities-specific Balance Confidence (ABC).</i>	Stasny <i>et al</i> (2011); Stubbs, Eggermont, Patchay & Schofield (2014).	Avaliar o risco de queda.
<i>Fall Risk Screening Tool (FRST).</i>	Fielding, McKay & Hyrkas (2013).	Avaliar o risco de queda.
<i>Fall Risk Index (FRI-21)</i>	Ishimoto <i>et al.</i> (2012).	Avaliar o risco de queda associado ao declínio funcional.
<i>Home Falls and Accidents Screening Tool (HFAST).</i>	Vu & Mackenzie (2012).	Avaliar o risco de queda no domicílio.
<i>Home Safety Self-Assessment Tool (HSSAT).</i>	Tomita <i>et al.</i> (2014).	Avaliar o risco de queda no domicílio.
<i>Falls Screening and Referral Algorithm (FSRA).</i>	Lawson <i>et al.</i> (2013).	Avaliar o risco de queda.

No que se refere aos instrumentos de avaliação do risco de queda multifatorial, em idosos residentes na comunidade, destaca-se a escala *Activities-specific Balance Confidence (ABC)* pelo facto de ter sido validada e adaptada à população idosa e ao contexto português (Soares-Branco, 2010). A utilização de um instrumento adaptado e validado culturalmente permite garantir a fiabilidade dos resultados (Leung, Trevena & Waters, 2012; Marques-Vieira *et al.*, 2015b; Sousa *et al.*, 2015) e contribuir para o raciocínio clínico, bem como, para diagnósticos de enfermagem mais ancorados. Esta escala permite avaliar o risco de queda, e é constituída por 16 itens sobre a confiança no autoequilíbrio ao realizar as AVD. A pontuação varia de 0% (nenhuma confiança) a 100% (total confiança) (Stubbs, Eggermont, Patchay & Schofield, 2014). Um estudo recente refere este instrumento como válido e fiável (Stubbs *et al.*, 2014), contudo, uma RSL demonstrou que não existe evidência suficiente que suporte a relação entre a pontuação da ABC e a ocorrência de queda em idosos residentes na comunidade (Stasny *et al.*, 2011).

Pelo exposto, foi opção incluir esta escala no pré-teste.

Desta RSL também resultaram os instrumentos de avaliação medo de cair em idosos residentes na comunidade (tabela 4), com os seus objetivos.

Tabela 4: Instrumentos de avaliação do medo de cair em idosos residentes na comunidade.

Instrumentos de avaliação	Autores, ano	Objetivo
<i>Falls Efficacy Scale-International</i> (FES-I).	Delbaere, Smith & Lord (2011); Kwan, Close, Wong & Lord (2011); Oh-Park, Xue, Holtzer & Verghese (2011); Pighills <i>et al.</i> (2011); Delbaere <i>et al.</i> (2013); Halvarsson, Franzén & Stahle (2013); Kumar <i>et al.</i> (2014); Stubbs, Eggermont, Patchay & Schofield (2014).	Avaliar o medo de cair.
<i>Survey of Activities and Fear of Falling in the Elderly</i> (mSAFFE).	Painter, Allison, Dhingra, Daughtery, Cogdill & Trujillo (2012); Stubbs, Eggermont, Patchay & Schofield (2014).	Avaliar o medo de cair.
<i>Iconographical Falls Efficacy Scale</i> (Icon-FES).	Delbaere, Smith & Lord (2011); Delbaere <i>et al.</i> (2013);	Avaliar o medo de cair.

Referente aos instrumentos de avaliação do medo de cair em idosos residentes na comunidade destacamos a *Escala de Eficácia de Quedas* (FES-I), que é composta por 16 itens que avaliam o medo de cair durante as AVD básicas e instrumentais/sociais, numa escala de quatro pontos. A *Falls Efficacy Scale* (FES) foi desenvolvida por Tinetti para avaliar o medo de cair na realização de 10 tarefas relacionadas com as atividades diárias (Tinetti, Richman & Powell, 1990). Seguiu-se a FES-I com 16 itens (Yardley *et al.*, 2005), pelo facto da anterior não representar uma relação direta entre o medo de cair e a autoeficácia. Assim, os itens da FES estão relacionados com atividades básicas de vida diária (ABVD), mais relacionadas com idosos em situação de vulnerabilidade, e não avaliam o medo de cair na vida social, pelo que não foram mantidos os itens da FES original, e os termos foram substituídos de “confiante” por “preocupado” (Melo, 2011). Assim, as alterações nos 16 itens da FES-I, depois de sujeitos a tradução, adaptação e retrotradução da versão original (apêndice 2) são: limpar a casa (ex: passar pano, aspirar ou limpar o pó), vestir ou despir a roupa,

preparar refeições simples, tomar banho ou duche, ir às compras, sentar ou levantar de uma cadeira, subir ou descer escadas, caminhar pela vizinhança, apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão, atender o telefone, andar sobre superfície escorregadia (ex.: chão molhado), visitar um amigo ou parente, andar em lugares com multidões, caminhar sobre superfície irregular (com pedras ou buracos), subir ou descer uma ladeira, frequentar um evento social (ex.: acto religioso, reunião de família ou encontro no clube) (Marques-Vieira *et al.*, 2016). A pontuação somada varia entre os 16 (Não se preocupa) e os 64 pontos (Muito preocupado) (Yardley *et al.*, 2005; Halvarsson, Franzén & Stahle, 2013). A FES-I modificada, por sua vez, tem sete itens: vestir ou despir a roupa, tomar banho ou duche, sentar ou levantar de uma cadeira, subir ou descer escadas, apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão, subir ou descer uma rampa, e frequentar um evento social (Stubbs *et al.*, 2014). A FES-I foi a mais utilizada para avaliar o medo de cair, principal fator de risco de queda psico-emocional. Esta escala é válida e fiável (Delbaere, Close, Taylor, Wesson & Lord, 2013; Delbaere, Smith & Lord, 2011; Halvarsson *et al.*, 2013; Stubbs *et al.*, 2014) para medir o medo de cair associado à execução das ABVD e às atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Apresenta versões modificadas igualmente válidas e fiáveis (Oh-Park, Xue, Holtzer & Verghese, 2011; Stubbs *et al.*, 2014). Num estudo que tinha como objetivo investigar a incidência de medo de cair e os fatores de risco associados ao medo de cair, transitório e persistente, em pessoas idosas residentes na comunidade, verificou-se que os preditores eram sintomas depressivos e alterações clínicas do andar (Oh-Park *et al.*, 2011). O sexo feminino e a presença de história de quedas anterior foram preditores de medo de cair persistente, mas não do medo de cair transitório. No entanto, a FES-I não apresenta validade convergente com o desempenho do equilíbrio e qualidade de vida relacionada com a saúde em mulheres idosas com osteoporose (Halvarsson *et al.*, 2013). O medo de cair foi o fator de risco de queda mais referido (Delbaere *et al.*, 2013; Delbaere *et al.*, 2011; Halvarsson *et al.*, 2013; Kumar, Carpenter, Morris, Iliffe & Kendrick, 2014;

Kwan, Close, Wong & Lord, 2011; Oh-Park *et al.*, 2011; Pighills, Torgerson, Sheldon, Drummond & Bland, 2011; Stubbs *et al.*, 2014) e não está previsto como fator de risco no diagnóstico de enfermagem da *risk for falls* (NANDA-I). No entanto, é fator relacionado no diagnóstico de enfermagem *impaired walking* (NANDA-I) (Marques-Vieira *et al.*, 2015a).

Pela sua importância e objetividade, optou-se por aprofundar o conhecimento referente à FES-I através de uma RSL (Marques-Vieira *et al.*, 2016), da qual apresentamos alguns resultados (tabela 5).

Tabela 5: Principais conclusões sobre a FES-I dos 10 estudos.

Autores, Ano, País	População e nível de evidência (segundo a JBI)	Conclusões
Yardley <i>et al.</i> , 2005, Reino Unido.	704 pessoas com idades entre 60 e 95 anos. III (coorte).	Parece ser a medida existente para avaliar o medo de cair, tem excelentes propriedades psicométricas, e avalia as preocupações relativas a atividades básicas e mais exigentes, tanto físicas e sociais.
Kempen <i>et al.</i> , 2007, Alemanha, Holanda e Reino Unido.	Pessoas idosas residentes na comunidade Alemanha (n=94), Holanda (n=193) e Reino Unido (n=178). III (coorte).	Apresenta confiabilidade aceitável e validade de constructo em amostras diferentes em diferentes países e pode ser usado em pesquisas transculturais em reabilitação e ensaios clínicos.
Nordell <i>et al.</i> , 2009, Suécia.	86 participantes, com idades entre 50 e os 85 anos (88% mulheres), residentes em casa. III (descritivo).	Parece ser útil para avaliar o medo de cair na Suécia em pesquisa em contexto de reabilitação e em ensaios clínicos. Recomendam mais estudos de modo a verificar a validade FES-I.
Ruggiero <i>et al.</i> , 2009, Itália.	157 idosos residentes na comunidade com mais de 65 anos. III (coorte).	A FES-I e a sua versão reduzida apresentam uma excelente validade interna, fiabilidade interna e reprodutibilidade (testeteste). Estas escalas têm alta comparabilidade. São excelentes instrumentos para aplicar em futuras investigações relacionadas com o medo de cair e em ensaios clínicos em programas de prevenção de quedas em idosos.
Camargos <i>et al.</i> , 2010, Brasil.	163 idosos (73,44 ±5,51 anos). III (coorte).	A FES-I Brasil apresentou-se semântica, linguística e psicometricamente adequada para avaliar o medo de cair na população de idosos brasileiros da comunidade.

Autores, Ano, País	População e nível de evidência (segundo a JBI)	Conclusão (cont.)
Delbaere <i>et al.</i> , 2010, Austrália.	500 pessoas idosas residentes na comunidade (70-90 anos). III (coorte).	Ambas as escalas têm estruturas aceitáveis, boa validade e confiabilidade e pode ser recomendada no âmbito clínico e de investigação. Recomendam estudos de modo a verificar a capacidade de resposta do FES-I para mudar durante os estudos de intervenção e confirmar os pontos de corte sugeridos em outros contextos, amostras maiores e em diferentes culturas.
Billis <i>et al.</i> , 2011, Grécia.	89 idosos residentes na comunidade (50 homens, 39 mulheres) com idade entre 61-90 anos de idade. III (coorte).	A FES-I Grécia foi considerada válida, confiável, compreensível e aceitável para a amostra grega. Pode ser utilizada em pesquisas transculturais no âmbito da reabilitação e prática clínica.
Ulus <i>et al.</i> , 2012, Turquia.	70 idosos residentes na comunidade. III (coorte)	A versão turca da FES-I foi considerada uma medida confiável e válida do medo de cair em pessoas idosas turcas.
Kwan <i>et al.</i> , 2013a, China.	Idosos residentes na comunidades Hong Kong, China (n = 200) e comunidade chinesa de Sydney, Austrália (n = 199). III (coorte).	A FES-I (Ch) é válida e é uma medida confiável de preocupação com quedas em pessoas idosas chinesas. Em futuros estudos deve verificar-se resposta à mudança ao longo do tempo e durante os estudos de intervenção.
Baharlouei <i>et al.</i> , 2013, Irão.	191 idosos residentes na comunidade com mais de 60 anos. III (coorte).	As versões dos FES-I em persa, tanto em entrevista e autorreportado, demonstraram ter propriedades psicométricas aceitáveis para avaliar o medo de cair em pessoas idosas iranianas. Apresenta boa fiabilidade e validade e pode ser útil em futuras pesquisas e ensaios clínicos.

Pelo exposto incluiu-se a Escala de Eficácia de Quedas-Internacional: Portugal (cujas siglas manteve-se FES-I Portugal) no instrumento de recolha de dados da fase de validação clínica.

2 – DESENHO DO ESTUDO

Neste capítulo justificam-se as opções metodológicas deste estudo. Optou-se por organizá-lo de acordo com as fases desta investigação, nomeadamente, a RSL, tradução e respetiva adaptação linguística dos diagnósticos de enfermagem e validação clínica do diagnóstico, dos diagnósticos de enfermagem *impaired walking* e *risk for falls*.

Importa referir que este estudo enquadra-se no paradigma de investigação qualitativo, positivista, observacional, transversal e descritivo (Wood & Ross-Kerr, 2011; Grove, Burns & Gray, 2013; Polit & Beck, 2014).

Foi objetivo geral do estudo:

- Validar o diagnóstico de enfermagem *impaired walking* (00088) numa amostra de idosos.

Foram objetivos específicos:

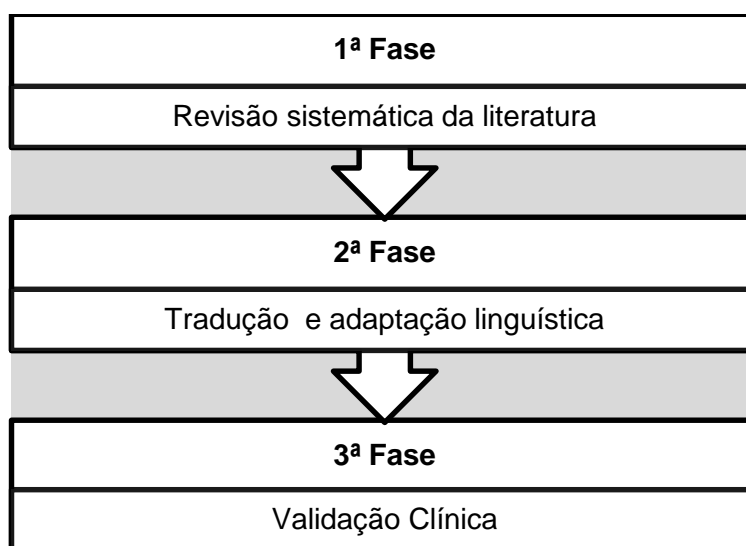
- Comparar os resultados obtidos através da revisão sistemática da literatura com o conteúdo do diagnóstico da taxonomia II, da NANDA Internacional;
- Traduzir o diagnóstico de enfermagem *impaired walking* para português europeu;
- Realizar a validação clínica do diagnóstico de enfermagem *impaired walking* numa amostra de idosos;
- Identificar a prevalência do diagnóstico *impaired walking* na amostra;
- Calcular a sensibilidade, a especificidade e o valor preditivo de cada característica definidora e fator relacionado do diagnóstico *impaired walking*;
- Identificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem *risk for falls* nos idosos; e

- Determinar a sensibilidade e especificidade dos fatores de risco de *risk for falls* na mesma amostra.

Este estudo tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, ao possibilitar o aumento do nível de evidência científica dos diagnósticos *impaired walking* (00088) e *risk for falls* (00155).

O estudo decorreu entre janeiro de 2014 e março de 2016, em três fases que foram definidas de acordo com os modelos de Richard Fehring (1986, 1987, 1994), bem como de resultados de investigações recentes (Melo, 2004; Chaves, 2008; Lopes, Silva & Araújo, 2012; Lopes, Silva & Araújo, 2013). A revisão sistemática de literatura constituiu a primeira fase, a tradução a segunda e a validação clínica dos diagnósticos de enfermagem *impaired walking* (00088) e *risk for falls* (00155), que foi a terceira fase da investigação (figura 4).

Figura 4: Fases do estudo.



2.1 – FASE 1: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A utilização dos princípios da prática baseada na evidência emergiu da necessidade de sintetizar a evidência científica e, por vezes, a lacuna existente com a prática clínica, o que motivou o desenvolvimento de métodos de revisão de literatura, os quais têm como principal propósito procurar, avaliar criticamente e sintetizar as evidências disponíveis relativamente ao tema a ser investigado, o que pode também contribuir para a acurácia diagnóstica (Mendes, Silveira & Galvão, 2008; Pompeo, Rossi & Galvão, 2009). Muitos estudos de enfermagem centram-se no desenvolvimento rigoroso e avaliação de instrumentos formais para diagnosticar e avaliar, e recorrem para tal a instrumentos de alta qualidade para a pesquisa na prática clínica (Polit & Beck, 2014).

Em termos metodológicos, quando pretendemos validar diagnósticos, a fase inicial recomendada é a revisão da literatura, onde a revisão integrativa da literatura (RIL) é aconselhada por vários autores, por ser útil e abrangente quando se quer iniciar a construção de conhecimento à volta de um conceito (Broome, 2000; Chaves *et al.*, 2008; Pompeo *et al.*, 2009). No caso concreto dos diagnósticos de enfermagem *impaired walking* e *risk for falls*, optou-se por realizar RSL, que para além de ter maior nível de evidência, ajudou a sistematizar o conhecimento existente. A RSL baseia-se no rigor científico através de estratégias específicas que limitam os enviesamentos da seleção dos artigos, avaliam com espírito crítico os artigos, e resumem os estudos relevantes numa determinada área, mediante critérios predeterminados. Representa um recurso ao dispor do investigador com a finalidade de orientar a prática fundamentada em conhecimento científico. São desenhadas para serem metódicas, explícitas e passíveis de serem reproduzidas (Cochrane, 2009, Bettany-Saltikov, 2012; Grove *et al.*, 2013; Polit & Beck, 2014). Várias são as fases da RSL (Galvão, Saw & Trevizan, 2004; Grove *et al.*, 2013):

- 1ª fase: Construção do protocolo. Garante que a revisão seja realizada com rigor. Os componentes desse protocolo são: a

pergunta da revisão, os critérios de inclusão, as estratégias de pesquisas, avaliar criticamente a amostra, a colheita de dados e síntese dos dados. Desta forma, com um planeamento rigoroso da revisão é cuidadosamente elaborado e recomenda-se a avaliação externa do protocolo por um profissional competente.

- 2ª fase: Definição da pergunta. A formulação da pergunta é fundamental, pois irá guiar a revisão, através da definição de quais serão os estudos incluídos, quais serão as estratégias adotadas para identificar os estudos e quais serão os dados que necessitam ser obtidos em cada estudo identificado. Essa fase inclui a definição dos participantes, intervenções a serem avaliadas e os resultados a serem mensurados.
- 3ª fase: Procura de estudos. Esta é a fase chave no processo de condução da revisão sistemática. A estratégia utilizada deve ser ampla e incluir material publicado e não publicado. A utilização de uma estratégia ampla de procura de estudos consiste na procura em bases de dados eletrónicas, na procura manual em periódicos, as referências dos estudos identificados, contacto com investigadores e material não publicado. Quanto às bases eletrónicas, há a necessidade de se considerar quais as publicações que estão indexadas, a viabilidade do acesso e os custos implicados.
- 4ª fase: Seleção dos estudos. A seleção dos estudos é guiada pelos critérios determinados no protocolo, que têm de ser definidos anteriormente à realização da procura dos estudos na literatura, pois isso, assegura que os critérios não sejam baseados nos resultados dos estudos que o revisor encontrou. Nesta fase, o revisor deve também estabelecer os critérios de exclusão, que devem estar descritos de forma clara e registados. Uma forma de assegurar a qualidade desta fase é a seleção dos estudos ser feito por mais de um revisor de modo independente.

- 5ª fase: Avaliação crítica dos estudos. A utilidade de uma RSL depende largamente da qualidade dos estudos a incluir. A avaliação crítica consiste na fase onde os estudos selecionados são avaliados com rigor metodológico, com o propósito de perceber se o método e resultados obtidos são suficientemente válidos para serem considerados.
- 6ª fase: Colheita de dados. Os dados a utilizar na revisão sistemática são oriundos de cada um dos estudos pertencentes à amostra, que são colhidos com o recurso a um instrumento de colheita de dados criado, para assegurar que todos os dados relevantes são integrados na RSL, para minimizar o risco de erros na transcrição, e para garantir precisão na listagem dos dados e servir como registo. Também aqui, a listagem dos dados colhidos deve ser feita por outro investigador além do revisor, por forma a minimizar a hipótese de introduzir viés.
- 7ª fase: Síntese dos dados. A síntese dos dados resultantes de cada estudo permite ao revisor perceber se o efeito é aproximadamente o mesmo nos diferentes estudos, local e participantes; caso o efeito não seja o mesmo, é necessário pesquisar as diferenças evidenciadas. A síntese dos dados pode ser realizada por meio de uma análise descritiva ou metanálise. Uma revisão sistemática quantitativa, ou metanálise, é uma revisão que usa métodos estatísticos para combinar os resultados de dois ou mais estudos. Quando os estudos diferem em um ou mais desses aspetos, a metanálise não é apropriada (a mesma questão de investigação, usam a mesma população, administram a intervenção de maneira semelhante, mensuram os resultados da mesma forma e empregam a mesma metodologia na sua elaboração).

Perante o exposto, e corroborando o que foi afirmado anteriormente, será nossa opção metodológica prosseguir para a etapa de validação

clínica com todos os resultados apresentados atualmente pela NANDA-I, bem como, os resultados obtidos na RSL.

2.1.1 – Protocolo de revisão sistemática da literatura de *impaired walking*

Da literatura emerge que o *impaired walking* é mais frequente na pessoa idosa, o que se traduz em novos desafios para a enfermagem (Marques-Vieira *et al.*, 2015a). Além disso, esta população parece adequada para a validação clínica do diagnóstico de enfermagem, porque é relevante nos idosos (Tavares & Dias, 2012).

Para sistematizar o conhecimento que existe sobre *impaired walking*, pretendeu-se verificar a existência das características definidoras e fatores relacionados descritas na NANDA-I e identificar outras presentes na literatura para, desta forma, contribuir para a atualização da taxonomia.

A questão de pesquisa foi: Quais as características definidoras e fatores relacionados de *impaired walking* no idoso? Recorreu-se às normas da *Cochrane Collaboration* para a natureza da questão e considerou-se o PEOS, que corresponde a *Population* (idosos), *Exposure* (*impaired walking*), *Outcome* (características definidoras e fatores relacionados) e *Study Type* (todos os tipos).

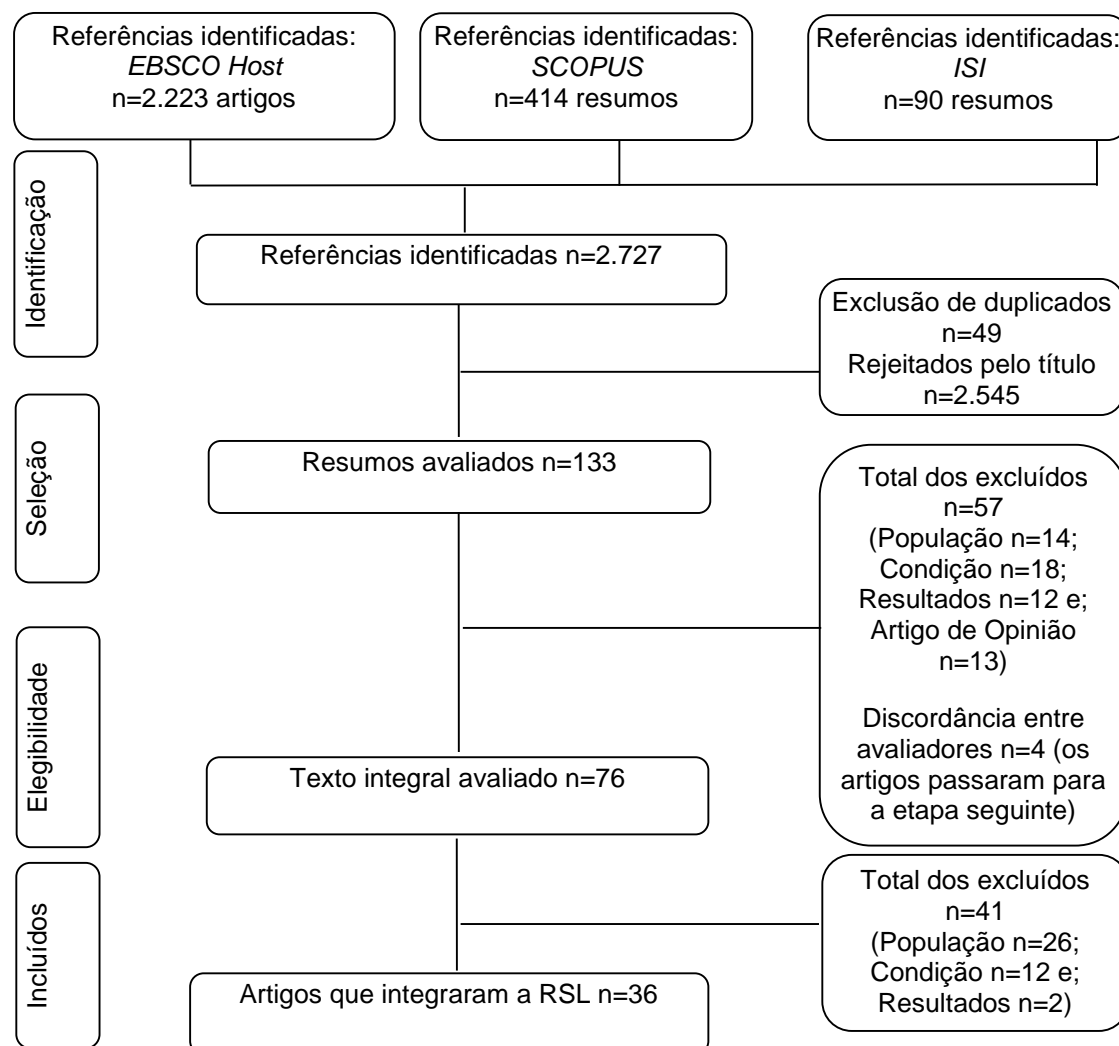
Recorreu-se à pesquisa nas plataformas eletrónicas *EBSCO Host*[®], *SCOPUS* e *ISI Web of Knowledge* (atualmente *Web of Science*). A estratégia de pesquisa foi: (*walk* OR gait*) AND (*Nurs**). A pesquisa dos termos foi limitada ao campo do resumo e decorreu de janeiro a março de 2014. Foi realizada por dois revisores, de forma independente, e definiu-se que quando não existisse consenso sobre um estudo, este seria integrado na etapa seguinte de análise. O protocolo PRISMA foi a opção para o processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos (PRISMA, 2014) (figura 5).

Os critérios de inclusão foram: a data de publicação (janeiro de 2006 a dezembro de 2013), o idioma (português, inglês ou espanhol), a

disponibilidade (disponível em texto integral para a *EBSCO Host*[®]), o contexto (comunitário) e a origem (estudos nacionais e internacionais). A opção por esta data de publicação, teve por base a última vez que este diagnóstico de enfermagem foi revisto pela NANDA-I.

Como critérios de exclusão definiu-se: artigos de opinião, relacionados com robótica; referente a crianças, obstetrícia, adulto e alterações no andar decorrentes de amputação(ões) do(s) membro(s) inferior(es).

Figura 5: Seleção dos artigos a incluir na RSL de *impaired walking*.



Foi construído um instrumento de colheita de dados para cada um dos estudos a integrar na revisão sistemática da literatura (apêndice 3). Com a leitura integral dos estudos selecionados, preencheu-se cada instrumento de colheita de dados, para cada artigo, no sentido de sistematizar a informação relevante e responder aos objetivos. A atribuição do nível de evidência dos estudos foi baseada na classificação da JBI (JBI, 2011). Sendo que o nível de evidência 1, corresponde a estudos experimentais (revisões sistemáticas e estudos clínicos randomizados, revisões sistemáticas de estudos clínicos randomizados e outros estudos, estudos clínicos randomizados, estudos pseudorandomizados); o nível de evidência 2 a estudos quase-experimentais (revisões sistemáticas e estudos quase-experimentais, revisões sistemáticas de estudos quase-experimentais e outros, estudos quase-experimentais prospectivos controlados, estudos pré-teste/pós-teste ou estudos com grupo controlo históricos/retrospectivos); o nível de evidência 3 refere-se a estudos observacionais analíticos (revisões sistemáticas de estudos de corte comparáveis, revisões sistemáticas de estudos de coorte comparáveis e outros estudos com desenho inferior, estudo de coorte com grupo de controlo, estudo de caso controlado, estudo observacional sem grupo de controlo); o nível de evidência 4 diz respeito a estudos observacionais descritivos (revisões sistemáticas de estudos descritivos, estudos transversais, séries de caso, estudo de caso); e o nível de evidência 5 corresponde a opinião de peritos/*bench research* (revisão sistemática de opinião de peritos, consensos de peritos, *bench research*/opinião de um perito) (JBI, 2011).

2.1.2 – Protocolo de revisão sistemática da literatura de *risk for falls*

Esta RSL não estava prevista inicialmente, mas foi acrescentada pelos resultados obtidos na RSL de *impaired walking*. Este estudo fez parte integrante de um grupo da OE, com o objetivo específico de elaborar um Guia Orientador de Boas Práticas para a prevenção de quedas.

Da pesquisa realizada emergiu que o *risk for falls* é frequente nas pessoas com 65, ou mais anos, e que cerca de 30% chega mesmo a ter, pelo menos, uma queda por ano, o que resulta cerca de 10 a 15% de lesões graves (Sturnieks *et al.*, 2008). Também, para sistematizar o conhecimento existente sobre *risk for falls*, pretendeu-se verificar a existência dos fatores de risco descritos na NANDA-I e identificar outros para, desta forma, contribuir para a atualização da taxonomia.

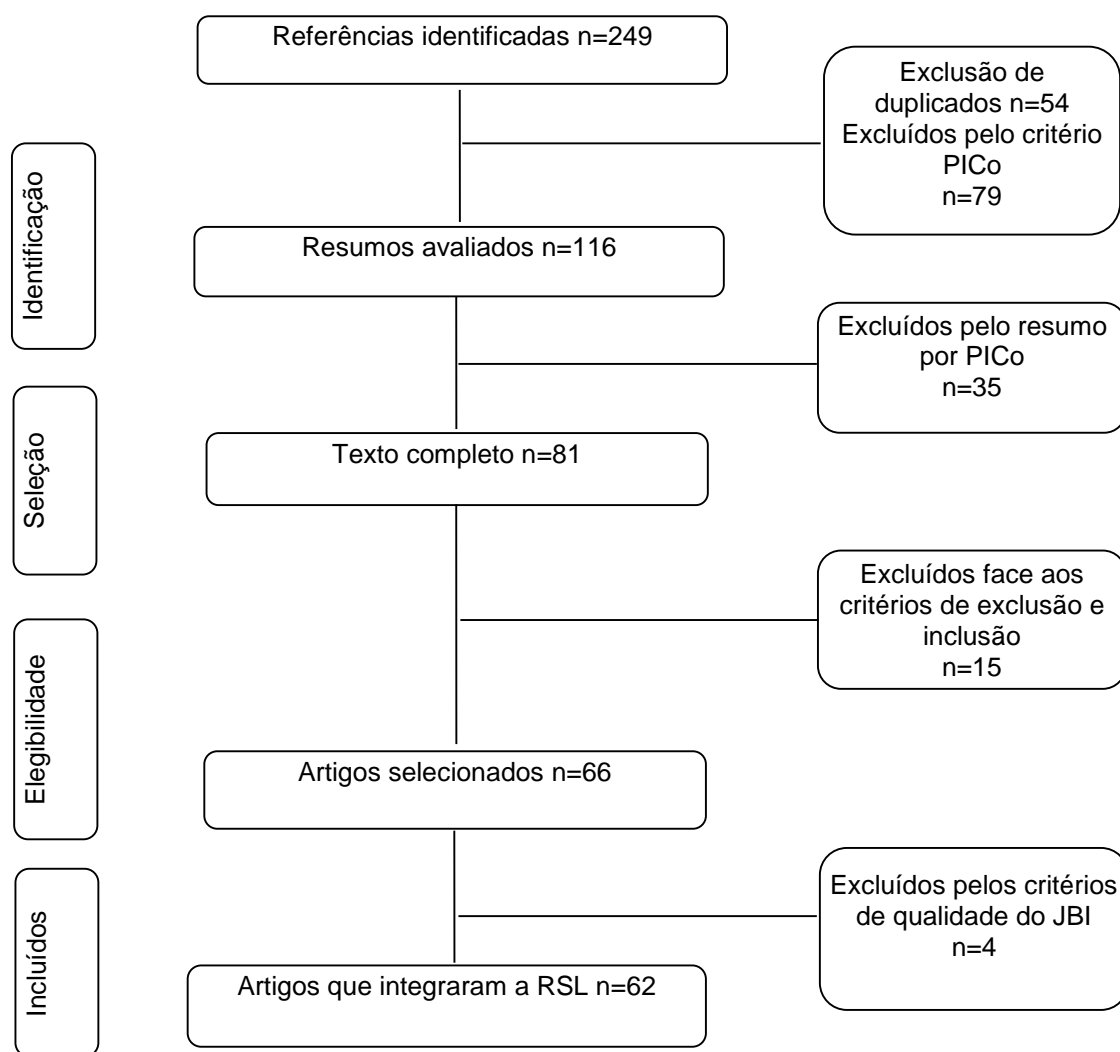
O objetivo geral desta RSL foi identificar os fatores de risco do diagnóstico de enfermagem *risk for falls* (00155) no idoso residente na comunidade. A sua finalidade é contribuir para o desenvolvimento da taxonomia II da NANDA-I, através da comparação dos resultados desta revisão com os fatores que já estão classificados, analisando-os e propondo uma atualização.

A questão de pesquisa elaborada foi: Quais os fatores de risco de *risk for falls* do idoso residente na comunidade? Questão essa definida através do PICO da JBI (2011), ao que corresponde: *Population* (idosos); *Interest Area /Intervention* (fatores de risco de *risk for falls*); *Context* (viver na comunidade).

A pesquisa foi realizada através da plataforma eletrónica EBSCO Host® e nas bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete, com a seguinte estratégia de pesquisa: (*Fall* OR Accidental Fall*) AND (*Community Dwelling OR Community Health Services OR Primary health care*) AND (*Risk OR Risk Assessment OR Fall Risk Factors*) AND (*Fall* OR Accidental Fall*) AND (*Community Dwelling OR older*) AND *Nurs** AND *Fall Risk Factors*. Considerou-se a presença dos termos no resumo e decorreu a pesquisa em janeiro de 2015. Considerou-se como critérios de inclusão a data de publicação (dezembro de 2010 a dezembro de 2014), idioma (português, inglês e espanhol), disponibilidade (texto integral) e tipo de estudo (desenho experimental, quase-experimental, de coorte e/ou quantitativos descritivos). Foram excluídos estudos referentes a idosos institucionalizados. A pesquisa foi realizada por dois revisores de forma independente, de modo a garantir o rigor do método e a fidedignidade dos

resultados. Na discordância entre os dois revisores, o artigo era incluído na etapa seguinte de análise. O protocolo PRISMA foi também a opção para o processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos (PRISMA, 2014) (figura 6).

Figura 6: Seleção dos artigos a incluir na RSL de *risk for falls*.



Na leitura integral dos estudos utilizou-se um instrumento de recolha de dados, para sistematizar a informação, auxiliar o tratamento dos dados e a sua interpretação (apêndice 3).

2.2 – FASE 2: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS

Para que os diagnósticos de enfermagem possam ser validados, é importante a tradução do original e respetiva adaptação transcultural e linguística (Simão, 2013; Marques-Vieira *et al.*, 2015a). Realizou-se a tradução, com respetiva adaptação linguística e cultural, do diagnóstico de enfermagem e dos componentes que constituíram a atenção deste estudo, ou seja, o enunciado, a definição, as características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco, bem como, as suas classes e domínios.

Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) criaram um guia, com a finalidade de padronizar os procedimentos de tradução e de adaptação transcultural de instrumentos. É constituído por quatro etapas: tradução, retrotradução, revisão por uma comissão de juízes/peritos e pré-teste. Confirma-se a importância da utilização de todas estas etapas e complementa-se que, entre as fases de tradução e retrotradução, deve haver uma outra etapa, que é a síntese das traduções (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2002). Considerou-se esta etapa determinante, pelo que recorremos e percorremos todas as etapas recomendadas no processo de tradução, que são: tradução, síntese das traduções, retrotradução, revisão por uma comissão de juízes/peritos e pré-teste (Guillemin, Bombardier & Beaton, 1993; Beaton, Bombardie, Guillemin & Ferraz, 2007).

A tradução consiste na tradução para o idioma no qual o investigador pretende desenvolver o estudo. Recomenda-se que a tradução seja realizada por dois tradutores para se ter maior confiabilidade no processo. Tradutores esses que devem ter nacionalidade para a qual vai ser feita a tradução e devem ter domínio semântico, concetual e cultural do idioma original, bem como conhecer os objetivos do estudo (Beaton *et al.*, 2007). Esta etapa tem como finalidade detetar erros e possíveis divergências que podem acontecer entre as traduções e contribuir para que se tenha uma concordância das análises (Guillemin *et al.*, 1993; Simão, 2013). A nova versão, depois de traduzida, não deve perder o sentido original, defendido pelos autores. A tradução apenas lexical tem uma probabilidade reduzida

de ter o mesmo significado que no idioma original (Pais-Ribeiro, 2007; Marques-Vieira *et al.*, 2015b).

A etapa de síntese das traduções deve ser realizada para se obter uma única versão decorrente do consenso entre as duas versões já traduzidas. Para isso é solicitada, uma terceira pessoa, “juiz neutro”, e as divergências existentes são discutidas e anotadas (Beaton *et al.*, 2007).

A retrotradução consiste em reverter o documento já traduzido para a língua em que o instrumento foi criado. É realizada de modo independente pelos tradutores a fim de que possíveis falhas sejam detetadas e comparadas. Estes tradutores também devem ter as características descritas na etapa anterior (Simão, 2013).

Na etapa de revisão pela comissão de juízes/peritos, as duas traduções iniciais, a versão única obtida pelo juiz de síntese e as duas traduções finais, bem como todas as observações realizadas durante as etapas pelos tradutores, pelo juiz de síntese e pelos retrotradutores, são submetidas a uma comissão de peritos, com a finalidade de se produzir uma versão final de todas as versões existentes, e que deve ser compreensível por qualquer pessoa com um menor grau de entendimento (Beaton *et al.*, 2007). A comissão de juízes deve ser de preferência composta por especialistas bilíngues, que tenham conhecimento na área abordada e que saibam, se for um instrumento, o que pretende medir (Queijo, 2002).

Beaton e seus colaboradores (2007) destacam as seguintes equivalências, ou adaptações, a serem tidas em conta:

- Equivalência semântica: procura-se manter a semelhança de significados entre os itens originais e os traduzidos;
- Equivalência ou cultural: procura-se detetar se algum item do instrumento possui termos adaptados à cultura de concepção, para que os mesmos possam ser modificados ou excluídos, desde que o sentido proposto seja mantido;

- Equivalência linguística: possibilita que algum termo, traduzido com expressões linguísticas, sejam substituídas por uma compreensível na cultura da adaptação; e
- Equivalência conceitual: procura-se encontrar um conceito em comum para que as pessoas de diferentes culturas compreendam o que o fenómeno realmente pretende medir.

Por fim, a última etapa preconizada, do pré-teste, deve avaliar a equivalência entre a versão original e a final do instrumento. No entanto, antes de aplicar o instrumento em toda a população do estudo, a versão final obtida do instrumento deve ser primeiro aplicada numa determinada população para verificar a compreensão deste (Simão, 2013). Após a aplicação, os sujeitos que responderam à avaliação podem expor as suas dificuldades, as suas dúvidas e sugerir termos que sejam mais compreensíveis para a sua realidade e, caso o instrumento necessite de alguma adaptação, este é novamente revisto por uma comissão de peritos e um novo teste pode ser realizado. O processo é repetido até que se obtenha uma versão considerada satisfatória (Beaton *et al.*, 2007).

Foi opção colocar a tradução enquanto segunda fase, no entanto salvaguarda-se que houve necessidade de fazer uma parte da tradução antes da RSL e outra depois, já com os resultados que emergiram da mesma.

2.3 – FASE 3: VALIDAÇÃO CLÍNICA DOS DIAGNÓSTICOS

A terceira, e última fase, desenhada para este estudo incluiu os resultados obtidos nas fases anteriores e desenvolveu-se em contexto de prática clínica. Por isso, denominou-se esta fase de validação clínica, onde se utilizou o Modelo de Fehring - *Clinical Diagnostic Validation* (CDV).

O termo validade está maioritariamente associado à validação de instrumentos de medida. Quando aplicado neste sentido, refere-se ao grau

em que ele é apropriado para medir o verdadeiro valor daquilo que se propõe medir, através da possibilidade de inferir nos resultados obtidos através da utilização desse instrumento e que representam a verdade, ou o quanto se afastam dela (Garcia, 1998). A validade é uma característica importante e refere-se ao grau que o instrumento mede o que é suposto medir (Ribeiro *et al.*, 2012; Sousa *et al.*, 2015). Por validade de um diagnóstico de enfermagem entende-se o grau em que ele realmente representa o verdadeiro problema da pessoa e não o problema inferido pelos enfermeiros. Ou seja, para que se possa fazer a afirmação que um diagnóstico de enfermagem é válido, ele tem de passar por um processo em que se conclua que as características definidoras que o determinam são autênticas representações do que é encontrado na prática clínica (Garcia, 1998). Para Fehring (1987), a validação do diagnóstico de enfermagem tem dois importantes pressupostos:

- O processo de validação pressupõe que o diagnóstico de enfermagem e suas características definidoras já tivessem sido identificadas previamente e que existem evidências suficientes para apoiar a sua inclusão numa taxonomia;
- Ao ser validado um diagnóstico específico, não significa que uma enfermeira em particular realizou um diagnóstico válido, mas que muitas enfermeiras, com base nas mesmas características definidoras, fariam um diagnóstico de enfermagem similar.

Na concepção de Fehring, o modelo de CDV consiste na obtenção de evidência para um diagnóstico, a partir do ambiente clínico real, onde se mensurará as características definidoras e os fatores relacionados ou os fatores de risco. A técnica para obtenção dos dados varia de acordo com a natureza do diagnóstico, ou seja, se é de desempenho fisiológico ou de desempenho cognitivo e/ou afetivo (Fehring, 1987; Creason, 2004; Lopes *et al.*, 2013b). Para as respostas humanas de natureza física (objetiva), como é o caso de *impaired walking* (00088) e de *risk for falls* (00155), onde

se avalia as características definidoras, os fatores relacionados e os fatores de risco respetivos, a abordagem recomendada para obter os dados é a observacional (*observational approach*) (Fehring, 1987; Creason, 2004; Lopes *et al.*, 2013b). Ou seja, recomenda-se a observação direta para a colheita de dados (exame físico) (Lopes *et al.*, 2013b). Quando há possibilidade das características definidoras do diagnóstico serem observáveis, Fehring recomenda que essa observação seja efetuada por dois enfermeiros peritos que avaliem a presença, ou a ausência, de cada característica definidora, para se calcular a razão de confiabilidade ponderada interobservacional (cálculo do coeficiente de confiabilidade da relação para cada característica definidora) através de uma fórmula preconizada (Fehring, 1987, 1994; Lopes *et al.*, 2013b). Neste estudo, em particular, considerou-se as recomendações enumeradas anteriormente não só para as características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco. A resposta dicotómica é a recomendada, através da utilização de instrumentos relativos à presença do diagnóstico de enfermagem (Fehring, 1987).

Planeou-se a observação do mesmo sujeito por dois enfermeiros generalistas (EG) e por um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), que poderiam ocorrer no mesmo dia ou distanciarem-se até uma semana uma da outra. Esta decisão baseou-se no conhecimento referente à reprodutibilidade, ou fiabilidade interobservador, embora só se conheça os limites de tempo referentes ao intra-observador [comparam duas ou mais avaliações feitas pelo mesmo avaliador, em ocasiões diferentes, à mesma pessoa e em circunstâncias semelhantes, de forma a possibilitar o mesmo resultado (Silva, 2006b; Barbetta & Assis, 2008), cujas avaliações devem distar entre dois a 14 dias, no sentido de evitar que o avaliador se lembre dos resultados passados, mas também que a condição da pessoa não se tenha alterado (Fitzpatrick, Davey, Buxton & Jones, 1998). Neste estudo, como se pretende uma participação interobservador, não se colocou limite temporal inferior, uma vez que não existe a possibilidade do colaborador se lembrar dos resultados, uma vez

que fará apenas uma avaliação. Optou-se por diminuir o limite máximo para uma semana, pois havia a hipótese de estarem a ser implementadas intervenções de enfermagem que pudessem levar a alterações no andar e consequentemente no risco de quedas.

Pretende-se avaliar se a mesma medida produz resultados semelhantes quando aplicada por avaliadores diferentes em ocasiões semelhantes (Silva, 2006b). Contudo, a fiabilidade não existe em termos absolutos, somente quando testada no mesmo contexto/população, ou seja, se a fidedignidade foi testada numa população de pessoas idosas, não significa que seja fidedigno em pessoas jovens (Silva, 2006b).

Quando as observações não fossem concordantes, considerou-se que prevalecia a observação do enfermeiro perito, neste caso o EEER.

É desejável que a condução da observação seja no domicílio dos sujeitos ou noutros meios naturais, uma vez que permite mais facilmente generalizar os resultados (Fehring, 1987). Neste sentido, a observação por parte dos enfermeiros ocorrerá em contexto de consulta de enfermagem no centro de saúde, ou no próprio domicílio do sujeito. O observador recorre à codificação no sentido de simplificar os registos dos acontecimentos (apêndice 4), através de uma lista de verificação (Wood & Ross-Kerr, 2011; Grove *et al.*, 2013; Polit & Beck, 2014), e recorre na sua maioria à possibilidade de resposta dicotómica, onde Fehring recomenda a utilização de instrumentos relativos à presença, ou ausência do diagnóstico de enfermagem (Fehring, 1987). Quando se utiliza um plano de observação fiel, os erros de medida têm tendência a diminuir. Uma das formas para garantir o rigor do sistema de codificação é através do recurso a dois ou mais codificadores, que observem a mesma unidade de comportamento/atividade e que tenham por base o mesmo sistema de codificação e de registo, após o que se determina a concordância entre as observações (Fehring, 1987, 1994; Grove *et al.*, 2013).

Em relação à escolha do contexto para a realização da CDV, o referencial propõe uma população onde a probabilidade de identificar o diagnóstico de enfermagem em estudo seja relevante (Fehring, 1994). Da

literatura emergiu que a população onde há maior probabilidade de identificar *impaired walking* será nas pessoas idosas (Marques-Vieira *et al.*, 2015a).

Inicialmente, o planeado era a observação do mesmo participante por dois EG e um EEER. Após a reunião com a Direção de Enfermagem da SESARAM, E. P. E. e algumas chefias dos seus centros de saúde, houve necessidade de se fazer um ajuste por falta de recursos humanos. Assim, não comprometendo o modelo preconizado por Fehring, cada pessoa idosa foi observada por um EG e por um EEER, prevalecendo em caso de desacordo a opinião do EEER.

O local selecionado para realizar o pré-teste foi o centro de saúde de Machico, por estarem reunidas todas as condições, bem como por haver disponibilidade e interesse por parte da Senhora Enfermeira Chefe, nos resultados do estudo. Foi realizado o documento que serviria de pré-teste (apêndice 5), que decorreu de 13 a 19 de abril de 2015, num total de 12 idosos, o que corresponde a 24 observações (12 pelos EG e 12 pelos EEER).

Seguiu-se a reformulação do instrumento de recolha de dados (apêndice 6).

2.3.1 – Modelos de validação de diagnóstico de enfermagem

A validação de um diagnóstico de enfermagem produz conhecimento técnico-científico necessário para a compreensão das respostas das pessoas a determinados fenómenos, o que possibilita a aplicação adequada do diagnóstico na prática clínica, como também pode trazer importantes implicações para o ensino e para a investigação em enfermagem (Caldeira *et al.*, 2012).

A validação de diagnósticos de enfermagem tem sido descrita como sinónimo de legitimação de um fenómeno específico da prática clínica dos enfermeiros. Desde 1970 que se iniciou a discussão em torno da validação,

mas foram nos últimos 30 anos que muitos avanços e adequações aconteceram.

Dos vários modelos descritos na literatura, destacamos os modelos de Richard Fehring, que são os mais utilizados na validação de diagnósticos de enfermagem (Chaves *et al.*, 2008; Lopes *et al.*, 2013b), em particular o de validação clínica (Fehring, 1987, 1994).

A inclusão de um novo diagnóstico num sistema de classificação requer a sua revisão, mas também, refinar e clarificar outros diagnósticos já existentes que de alguma forma estejam relacionados com este. Os estudos de validação constituem uma estratégia para melhorar a acurácia dos diagnósticos, bem como, viabilizar o processo de classificação dos mesmos dentro da sua taxonomia (Caldeira *et al.*, 2012).

O modelo de Fehring foi utilizado inicialmente na validação de diagnóstico de enfermagem, ou seja, na avaliação referente ao grau em que este realmente representa o verdadeiro problema da pessoa e não o problema inferido pelos enfermeiros (Garcia, 1998).

Para a validação de diagnósticos de enfermagem Fehring (1986, 1987, 1994) propõe quatro abordagens distintas, que são:

1. Modelo de validação do conteúdo do diagnóstico (*Diagnostic Content Validation* - DCV);
2. Modelo de validação clínica do diagnóstico (*Clinical Diagnostic Validation* - CDV);
3. Modelo de validação diferencial de diagnósticos (*Differential Diagnostic Validation* - DDV);
4. Modelo etiológico.

O modelo DCV (Validação de conteúdo do diagnóstico) preconiza a recolha de suporte ao diagnóstico de enfermagem, através da sua definição e enumeração das respetivas características definidoras e fatores relacionados, ou factores de risco, através de uma revisão da literatura, bem como a construção de definições operacionais para cada característica definidora (Fehring, 1986, 1987, 1994). Além disso

recomenda-se, através dos enfermeiros peritos, obter o parecer sobre o conceito do diagnóstico em estudo e da representatividade que cada característica definidora assume. Ao classificar as características em principais ($\geq 0,80$), secundárias ($> 0,5$ e $< 0,8$) e irrelevantes ($\leq 0,5$), o modelo defende que se deva rejeitar as classificadas como irrelevantes, não prosseguindo com estas para a fase seguinte de validação clínica, caso ocorram (Fehring, 1987, 1994; Galdeano & Rossi, 2006; Lopes *et al.*, 2013b). No entanto, outros estudos revelaram que a inclusão de todas as características, mesmo as que não eram valorizadas pelos peritos, quando posteriormente validadas em contexto clínico eram significativas (Melo, 2004; Chaves, 2008).

Neste modelo, estão previstas maioritariamente duas abordagens possíveis, tendo em consideração a natureza do diagnóstico em estudo. Se o diagnóstico está relacionado com uma resposta cognitiva, ou afetiva, as informações podem ser obtidas diretamente através de uma entrevista ou abordagem centrada na pessoa, e os passos sugeridos por Fehring (1987) são os seguintes:

- Obter uma amostra de pessoas com o diagnóstico de enfermagem em estudo;
- Confirmar se a atribuição do diagnóstico para cada sujeito da amostra foi correto, pela validação feita por um enfermeiro especialista na área;
- Efetuar uma lista de características definidoras do diagnóstico em que está a ser testado e solicitar às pessoas que avaliem o quanto essas características individuais são indicativas dos seus sentimentos ou comportamentos, através da atribuição de um valor para cada uma delas, numa escala tipo Likert de 1 a 5;
- Calcular a média ponderada dos valores atribuídos pelas pessoas doentes para cada característica definidora, utilizando os mesmos critérios do modelo DCV, ou seja, 1 = 0; 2 = 0,25; 3 = 0,50; 4 = 0,75 e; 5 = 1;

- Os passos seguintes são sobreponíveis aos do modelo DVC, que serão desenvolvidos mais à frente.

Por outro lado, se a resposta for fisiológica, a técnica de exame físico é a mais apropriada, ou seja, a observação direta (Lopes *et al.*, 2013b). Recomenda-se, ainda, que se desenvolvam definições operacionais para cada característica definidora e que se indique o que vai ser avaliado e como será realizado. Os passos recomendados quando o diagnóstico é objetivo são os seguintes (Fehring, 1987):

- Dois enfermeiros peritos avaliam um dado número de pessoas com o diagnóstico preestabelecido, que está a ser estudado;
- Para cada uma das pessoas observadas, os dois enfermeiros observam, individualmente, a presença ou ausência de cada uma das características definidoras do diagnóstico de enfermagem, independentemente de terem, ou não, presente o diagnóstico de enfermagem;
- Calcula-se a taxa de fiabilidade (TF), ou confiança, entre os observadores para cada característica definidora (figura 7).

Figura 7: Fórmula de cálculo da Taxa de Fiabilidade recomendado por Richard Fehring.

$$R = \frac{A}{A + D} \times \frac{\frac{F1}{N} + \frac{F2}{N}}{2}$$

Legenda: R= TF entre observadores, A= número de concordâncias, D= número de discordâncias; F1= frequência de características observadas pelo primeiro observador, F2= frequência de características observadas pelo segundo observador e N= número de sujeitos observados.

Quanto ao modelo etiológico e de validação diferencial de diagnósticos, têm sido pouco implementados. O modelo de validação diferencial de diagnósticos tem como finalidade validar dois diagnósticos

estritamente relacionados ou diferenciar níveis de um mesmo diagnóstico (Lopes *et al.*, 2013b). Assim, permite diferenciar e validar dois diagnósticos intimamente relacionados e pode ser uma estratégia fundamental para a pesquisa em enfermagem e na contribuição dos diagnósticos para a melhoria da taxonomia (Caldeira *et al.*, 2012). A validação diferencial com enfermeiros peritos consiste em selecionar dois diagnósticos que se pretende diferenciar pela validação; selecionar uma amostra de enfermeiros peritos, que atendam aos critérios para seleção de peritos; e calcular os valores obtidos em cada característica definidora, seguindo o procedimento proposto no modelo de validação de conteúdo (Fehring, 1986, 1994; Caldeira *et al.*, 2012). A baixa frequência de utilização deste modelo pode dever-se a não se ter identificado as possíveis contribuições de seu emprego, ou a sua aplicação ser complexa (Caldeira *et al.*, 2012).

Destaca-se que os que reúnem maior consenso, entre os académicos, são os modelos de DCV e o modelo de CDV (Caldeira, 2012).

Se o enfermeiro não encontrar o significado correto do fenómeno que procura identificar, então as suas intervenções poderão não ser as mais adequadas. Daí a necessidade do diagnóstico possuir uma argumentação teórica consistente, baseado na literatura e com confirmação seguinte no ambiente clínico, ou seja, um diagnóstico deve ser submetido a testes clínicos que produzam evidências suficientes, por forma a garantir a sua validade (Caldeira, 2012).

Aquando da divulgação dos modelos de Richard Fehring, Lunney afirmou que a validação de alguns diagnósticos de enfermagem poderia ser impossível, uma vez que só a pessoa em situação de doença é o verdadeiro conhecedor do fenómeno e que este apenas fornece aos enfermeiros sinais que possibilitem o juízo clínico (Lunney, 1990). Considera-se que este aspeto está permanentemente presente na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa com quem cuida, quer seja em contexto de investigação, ou na prática clínica, pois a informação que a pessoa/família/comunidade dá a conhecer terá sempre uma vertente subjetiva, independentemente de a informação ser facultada por via verbal

ou não verbal. O modelo oferece estratégias e procedimentos no sentido de minimizar este fenómeno e favorecer a exatidão do diagnóstico, tal como a avaliação por mais do que um perito.

2.3.2 – Procedimentos metodológicos

A opção pelos centros de saúde que integram o SESARAM, E.P.E. alicerçou-se no facto de existirem EEER em cada centro de saúde, sabendo que estes iriam ter um papel determinante enquanto peritos na colheita de dados. Relevamos ainda que, em Portugal, os cuidados de saúde primários constituem-se como a base de acesso ao Serviço Nacional de Saúde. Além disso, estudos anteriores foram desenvolvidos em contexto hospitalar (Baixinho & Dixe, 2014, Costa-Dias, 2014; Costa-Dias *et al.*, 2014), e considerou-se pertinente para o conhecimento desenvolver este estudo no contexto de cuidados de saúde primários.

A seleção de amostra resultou de um processo não probabilístico, de conveniência, tanto para o pré-teste (13 a 19 de abril de 2015), como para a colheita de dados já com o instrumento definitivo (18 de maio a 14 de junho de 2015), pois teve por base as pessoas idosas que recorreram naquela janela temporal aos cuidados de enfermagem, quer no centro de saúde, quer no seu domicílio. Atendeu-se desta forma à recomendação que a observação fosse realizada num meio natural (Fehring, 1987).

Na reunião inicial com a senhora enfermeira adjunta, foi fornecida informação sobre os idosos e os enfermeiros de cada centro de saúde/município, baseado no número de idosos existentes e no número de recursos humanos, mais concretamente enfermeiros disponíveis (figura 8).

Figura 8: Mapa dos Municípios que compõem a RAM.



Fonte: <http://codigopostal.ciberforma.pt/regiao/arquipelago/madeira>.

Foi excluído o Município de Porto Santo pela dificuldade de acesso aos participantes, segundo informação concedida pela Direção de Enfermagem, e o Município de Porto Moniz, por não terem EEER em exercício.

2.4 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Quando os estudos envolvem pessoas, deve estar garantido o respeito pelo direito à preservação da intimidade, direito ao anonimato e à confidencialidade, direito à justiça e equidade e ainda o direito à redução dos riscos associados à investigação (Polit & Beck, 2014). Sabemos que a avaliação ética de uma investigação é um requisito basilar a que se deve atender.

O ICN (2012) considera que, na investigação em enfermagem, se deve ter cuidados especiais relacionados com as questões dos direitos

humanos e dos grupos vulneráveis, ou seja, quanto menor for o grau de participação na decisão, mais vulnerável se considera (como são exemplo os idosos). Nesta continuidade este conselho destaca seis princípios éticos que devem guiar a investigação: a beneficência, a avaliação da maleficência, a fidelidade, a justiça, a veracidade e a confidencialidade (ICN, 2006).

Fernandes (2010) também conclui, na tua tese, que a categoria, que denominou de “fundamentos éticos”, é a mais enumerada, tendo em conta a tomada de decisão ética de enfermagem. Desta categoria fazem parte

“princípio do respeito pela autonomia, princípio da não-maleficência, respeito pela vida, princípio da beneficência, proteção da saúde das pessoas, respeito pela pessoa, respeito pelos valores da pessoa, aliviar o sofrimento humano, respeito pela dignidade humana, respeito pela qualidade de vida, princípio da justiça e o princípio da confiança” (Fernandes, 2010, p. 117).

Numa visão mais particularizada, a ética esteve presente em todas as etapas da investigação, tal como defendido por Nunes (2013), pelo que se passará a descrever cada etapa especificamente, o que foi tido em consideração.

Na formulação do problema de investigação, teve-se em linha de conta que se respeitassem as finalidades a que a pesquisa se destina e que fosse definida de forma clara, precisa, objetiva e delimitada. Foi também intencional que o estudo fosse relevante e que estivesse enquadrado em áreas consideradas prioritárias pela OE para a investigação em Portugal, nomeadamente no âmbito da qualidade dos cuidados de enfermagem, segurança dos clientes e capacitação dos clientes (OE, 2010).

A revisão sistemática da literatura contribuiu para o desenvolvimento da evidência atual, pelo que foi um processo contínuo e rigoroso, que recorreu a fontes primárias e que respeitou os autores, quer através da sua citação/referência, quer também através da fidelidade com as ideias do mesmo.

No que respeita às autorizações, a participação neste estudo implicou o consentimento livre e esclarecido da instituição e dos senhores enfermeiros observadores, que colaboraram na colheita de dados e que exercem no SESARAM, E.P.E.. Toda a documentação foi realizada segundo as orientações da Comissão de Ética do SESARAM, E.P.E. (apêndice 7). Integravam este pedido um exemplar do consentimento informado aos colaboradores, o consentimento informado aos participantes (pessoa idosa), o documento que serviria de pré-teste (apêndice 5), incluindo a solicitação da autorização ao autor da validação para Portugal da escala ABC (apêndice 8) e a sua autorização (apêndice 9). Foi entregue toda a documentação no dia 21 de outubro de 2014 e foi dado parecer favorável dia 24 de novembro. A investigadora principal foi informada por carta no dia 15 de dezembro de 2014 (apêndice 10). Contactou-se a Direção de Enfermagem da RAM e, por ter sofrido alterações, houve necessidade de reiniciar todo o processo, no sentido de agendar reunião com a Sr.^a Enfermeira Diretora e a Sr.^a Enfermeira Adjunta do agrupamento dos centros de saúde integrados no SESARAM, E.P.E.. Nesta reunião pretendeu-se informar sobre as particularidades do estudo, recolher dados sobre a população alvo, seleccionar enfermeiros para a etapa da validação clínica, em que as decisões seriam sobre os centros de saúde a incluir, sobre os elos (figura criada com o objetivo de servir de “gestor de informação”) e a definição do local de pré-teste.

No início de fevereiro visitou-se o centro de saúde de Bom Jesus, Santo António, Dr. Rui Adriano de Freitas, Monte, Ribeira Brava, São Vicente, Santa Cruz, Machico, Santana, Câmara de Lobos, Ponta do Sol e Calheta, onde houve a possibilidade de informar pessoalmente sobre particularidades do estudo, disponibilidade para responder a questões e foi deixada, em cada local, uma pasta com documentação (apêndice 11).

Quanto aos participantes, a importância de obter o seu consentimento livre e esclarecido por escrito, após explicação das fases de investigação e das potenciais consequências para o sujeito observado, foi garantido. Foi dada ênfase a que a pessoa podia retirar-se da investigação

a qualquer momento, sem que isso implicasse quaisquer consequências para o próprio.

Após o pré-teste houve a necessidade de reformular o instrumento de recolha de dados, tendo-se aproveitado para criar um roteiro de preenchimento (apêndice 6), e respetiva solicitação da autorização à autora principal da escala FES-I (apêndice 12), da qual se obteve resposta positiva (apêndice 13). Como as alterações introduzidas foram várias considerou-se adequado enviar uma adenda à Comissão de Ética (apêndice 14), que foi autorizada em maio de 2015 (apêndice 15).

Também se garantiu o anonimato e a confidencialidade da informação partilhada. Neste caso específico, como é um estudo de natureza académica, houve particular atenção na proteção da vulnerabilidade da população (pessoa idosa), e concordou-se em incluir idosos em contexto comunitário dos centros de saúde que integram o SESARAM, E.P.E..

Os dados colhidos foram tratados de forma a manter o anonimato dos participantes e a preservar a confidencialidade das fontes (através da codificação dos instrumentos de colheita), preocupação essa que se manterá durante todo o percurso da investigação até à divulgação.

Quanto à análise dos dados obtidos foram tratados e analisados com rigor, isenção, honestidade intelectual e em análise conjunta, ou seja, confrontação com outra produção científica, de forma a que as conclusões agreguem a realidade/verdade da recolha.

Também a disseminação do conhecimento foi tida em conta como parte inerente ao próprio processo de investigação e, por isso, a ter em consideração as recomendações éticas. Atualmente existem inúmeros meios de divulgar os resultados obtidos e os dados serão divulgados em eventos científicos (pósteres e comunicações livres), em artigos em revistas científicas, no sentido de monitorizar a evolução do estudo e divulgá-lo à comunidade científica.

Destaca-se, ainda, que durante todo o percurso de investigação não foram identificados interesses específicos, económicos, institucionais,

profissionais, políticos ou pessoais que pudessem condicionar o trabalho desenvolvido.

3 – RESULTADOS

Ao longo deste capítulo serão apresentados os principais resultados obtidos neste estudo. Optou-se por seguir as três fases preconizadas para esta investigação. Começaremos por abordar os resultados obtidos na RSL de *impaired walking*, com destaque para as suas características definidoras e seus fatores relacionados e a RSL de *risk for falls*, com ênfase nos seus fatores de risco. A etapa seguinte é a tradução e a adaptação linguística, não só da informação associada aos dois diagnósticos de enfermagem, bem como dos resultados de ambas as RSL. Por fim, segue-se a fase de validação clínica, cujo tratamento estatístico e a análise de dados terá por base o modelo de Fehring, através do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), *MedCalc®* e do *RStudio*.

3.1 – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA DE *IMPAIRED WALKING*

Atendendo ao protocolo de pesquisa e aos resultados (figura 5, anteriormente apresentada) foram incluídos 36 artigos nesta revisão, que estão caracterizados na tabela seguinte (tabela 6), nomeadamente no que se refere ao ano de publicação, ao idioma, ao país, ao nível de evidência e tipo de estudo. O número de participantes nos estudos da amostra variou entre 938 (Najafi *et al.*, 2013) e 2.269 (Taikowski, Brach, Studenski & Newman, 2008).

Tabela 6: Caracterização dos artigos incluídos na RSL de *impaired walking*.

Caracterização dos 36 artigos	
Ano de publicação	
2013 (n=9).	Adell, Wehmhorner & Rydwick; Crisafulli <i>et al.</i> ; Ko <i>et al.</i> ; Landi, Torrejón, Muinos, Freue & Semeniuk; McGough, Logsdon, Kelly & Teri; Motyl, Driban, McAdams, Price & McAlindon; Najafi, Bruin, Reeves, Armstrong & Menz; Okochi, Takahashi, Takamuku & Escorpizo; Tsai <i>et al.</i>
2012 (n=10).	Bellelli <i>et al.</i> ; Bladh <i>et al.</i> ; Boonsinsukh, Saengsirisuwan, Carlson-Kuhta & Hobart; Bryant, Pourmoghaddam & Thrasher; Julius, Brach, Wert & van Swearingen; Kieseier & Pozzilli; Ko, Hughes & Lewis; Schwesig, Fischer, Lauenroth, Becker & Leucht; Shahar <i>et al.</i> ; Silva <i>et al.</i>
2011 (n=7).	Hall, Echt, Wolf & Rogers; Ikezoe, Mori, Nakamura & Ichihashi; Moncada; Morghen <i>et al.</i> ; Moriello, Finch & Mayo; Muñoz-Mendoza; Volkers & Scherder.
2010 (n=2).	Allet <i>et al.</i> ; Schrack, Simonsick & Ferrucci.
2009 (n=4).	Allet <i>et al.</i> ; Chiang & Sun; Du, Newton, Salamonson, Carrieri-Kohlman & Davidson; Martinez, Canneli, Barak & Stopka.
2008 (n=3).	Huang, van Swearingen & Brach; Kaegi <i>et al.</i> ; Taikowski, Brach, Studenski & Newman.
2006 (n=1).	Kollen, Kwakkel & Lindenian.
Idioma	
Inglês (n=34).	Kollen <i>et al.</i> (2006); Huang <i>et al.</i> (2008); Kaegi <i>et al.</i> (2008); Taikowski <i>et al.</i> (2008); Allet <i>et al.</i> (2009); Chiang & Sun (2009); Du <i>et al.</i> (2009); Martinez <i>et al.</i> (2009); Allet <i>et al.</i> (2010); Schrack (2010); Hall <i>et al.</i> (2011); Ikezoe <i>et al.</i> (2011); Moncada (2011); Morghen <i>et al.</i> (2011); Moriello <i>et al.</i> (2011); Muñoz-Mendoza (2011); Volkers & Scherder (2011); Bellelli <i>et al.</i> (2012); Bladh <i>et al.</i> (2012); Boonsinsukh <i>et al.</i> (2012); Bryant <i>et al.</i> (2012); Julius <i>et al.</i> (2012); Kieseier & Pozzilli (2012); Ko <i>et al.</i> (2012); Schwesig <i>et al.</i> (2012); Shahar <i>et al.</i> (2012); Adell <i>et al.</i> (2013); Crisafulli <i>et al.</i> (2013); Ko <i>et al.</i> (2013); McGough <i>et al.</i> (2013); Motyl <i>et al.</i> (2013); Najafi <i>et al.</i> (2013); Okochi <i>et al.</i> (2013); Tsai <i>et al.</i> (2013).
Português (n=1).	Silva <i>et al.</i> (2012).
Espanhol (n=1).	Landi <i>et al.</i> (2013).
País	
Estados Unidos da América (n=14).	Huang <i>et al.</i> (2008); Taikowski <i>et al.</i> (2008); Martinez <i>et al.</i> (2009); Schrack (2010); Hall <i>et al.</i> (2011); Moncada (2011); Boonsinsukh <i>et al.</i> (2012); Bryant <i>et al.</i> (2012); Julius <i>et al.</i> (2012); Ko <i>et al.</i> (2012); Shahar <i>et al.</i> (2012); McGough <i>et al.</i> (2013); Motyl <i>et al.</i> (2013); Najafi <i>et al.</i> (2013).
Itália (n=3).	Morghen <i>et al.</i> (2011); Bellelli <i>et al.</i> (2012); Crisafulli <i>et al.</i> (2013).
Holanda (n=2).	Kollen <i>et al.</i> (2006); Volkers & Scherder (2011).
Canadá (n=2).	Kaegi <i>et al.</i> (2008); Moriello <i>et al.</i> (2011).
Suiça (n=2).	Allet <i>et al.</i> (2009); Allet <i>et al.</i> (2010).
Austrália (n=2).	Du <i>et al.</i> (2009); Ko <i>et al.</i> (2013).
Japão (n=2).	Ikezoe <i>et al.</i> (2011); Okochi <i>et al.</i> (2013).
Suécia (n=2).	Bladh <i>et al.</i> (2012); Adell <i>et al.</i> (2013).
Alemanha (n=2).	Kieseier & Pozzilli (2012); Schwesig <i>et al.</i> (2012).
República da China (n=1).	Chiang & Sun (2009).

Caracterização dos 36 artigos	
País (cont.)	
Espanha (n=1).	Muñoz-Mendoza (2011).
Brasil (n=1).	Silva <i>et al.</i> (2012).
Argentina (n=1).	Landi <i>et al.</i> (2013).
Filândia (n=1).	Tsai <i>et al.</i> (2013).
Nível de evidência	
NE 1: Estudos experimentais (n=3).	Martinez <i>et al.</i> (2009); Allet <i>et al.</i> (2010); Volkers & Scherder (2011).
NE 2: Estudos quase-experimentais (n=1).	Chiang & Sun (2009).
NE 3: Estudos observacionais analíticos (n=17).	Kollen <i>et al.</i> (2006); Huang <i>et al.</i> (2008); Ikezoe <i>et al.</i> (2011); Morghen <i>et al.</i> (2011); Muñoz-Mendoza (2011); Bellelli <i>et al.</i> (2012); Bladh <i>et al.</i> (2012); Boonsinsukh <i>et al.</i> (2012); Ko <i>et al.</i> (2012); Schwesig <i>et al.</i> (2012); Shahar <i>et al.</i> (2012); Adell <i>et al.</i> (2013); Crisafulli <i>et al.</i> (2013); Ko <i>et al.</i> (2013); Landi <i>et al.</i> (2013); McGough <i>et al.</i> (2013); Motyl <i>et al.</i> (2013).
NE 4: Estudos observacionais descritivos (n=13).	Kaegi <i>et al.</i> (2008); Taikowski <i>et al.</i> (2008); Allet <i>et al.</i> (2009); Du <i>et al.</i> (2009); Schrack (2010); Hall <i>et al.</i> (2011); Moriello <i>et al.</i> (2011); Bryant <i>et al.</i> (2012); Julius <i>et al.</i> (2012); Kieseier & Pozzilli (2012); Silva <i>et al.</i> (2012); Okochi <i>et al.</i> (2013); Tsai <i>et al.</i> (2013).
NE 5: Revisão sistemática de opinião de peritos (n=2).	Moncada (2011); Najafi <i>et al.</i> (2013).
Tipo de estudos	
Estudos clínicos randomizados (n=3).	Martinez <i>et al.</i> (2009); Allet <i>et al.</i> (2010); Volkers & Scherder (2011).
Estudo quase-experimental prospectivo controlado (n=1)	Chiang & Sun (2009).
Estudos de coorte com grupo de controlo (n=12).	Kollen <i>et al.</i> (2006); Morghen <i>et al.</i> (2011); Muñoz-Mendoza (2011); Bellelli <i>et al.</i> (2012); Bladh <i>et al.</i> (2012); Schwesig <i>et al.</i> (2012); Shahar <i>et al.</i> (2012); Crisafulli <i>et al.</i> (2013); Ko <i>et al.</i> (2013); Landi <i>et al.</i> (2013); McGough <i>et al.</i> , (2013); Motyl <i>et al.</i> (2013).
Estudos caso controlo (n=3).	Ikezoe <i>et al.</i> (2011); Boonsinsukh <i>et al.</i> (2012); Ko <i>et al.</i> (2012).
Estudos observacionais sem grupo de controlo (n=2).	Huang <i>et al.</i> (2008); Adell <i>et al.</i> (2013).
Revisões sistemáticas de estudos descritivos (n=2).	Du <i>et al.</i> (2009); Kieseier <i>et al.</i> (2012).
Estudos transversais (n=10).	Kaegi <i>et al.</i> (2008); Taikowski <i>et al.</i> (2008); Allet <i>et al.</i> (2009); Schrack (2010); Hall <i>et al.</i> (2011); Moriello <i>et al.</i> (2011); Julius <i>et al.</i> (2012); Silva <i>et al.</i> (2012); Okochi <i>et al.</i> (2013); Tsai <i>et al.</i> (2013).
Estudo de série de casos (n=1).	Bryant <i>et al.</i> (2012).
Revisão sistemática de opinião de peritos (n=2).	Moncada (2011); Najafi <i>et al.</i> (2013).

Andar pode ser definido como uma “locomção bípede, que incorpora o movimento alternado dos membros inferiores e a manutenção

do equilíbrio dinâmico” (Kaegi *et al.*, 2008, p. 265). Gradualmente é alterada durante a vida e determina, em grande medida, as atividades de vida diárias (Kollen *et al.*, 2006). Andar, em casa ou no exterior, envolve desafios adicionais, nomeadamente, em termos de manutenção da segurança e da independência do idoso (Kollen *et al.*, 2006). O idoso tem a capacidade de adaptar-se às perturbações na marcha (Kaegi *et al.*, 2008). Neste sentido, o objetivo é que o idoso adquira a habilidade para andar de forma independente, com menor risco possível (Kaegi *et al.*, 2008). A independência é o resultado de andar, pode estar comprometida em algumas situações de doença, e pode ser considerada como um aspeto central, por exemplo, no desempenho da pessoa com esclerose múltipla, tendo um papel fundamental na sua capacitação para realizar as atividades da vida diárias (Kieseier & Pozzilli, 2012).

A capacidade de andar é fundamental para uma vida quotidiana e independente (Schrack *et al.*, 2010; Adell *et al.*, 2013). Andar depende do equilíbrio, mobilidade articular, resistência e força muscular, é considerado a atividade física mais comum entre os idosos, e é aquela que é praticada com maior regularidade comparativamente a outras atividades mais vigorosas (Adell *et al.*, 2013).

A velocidade da marcha diminui com a idade e é um importante preditor de morbilidade e mortalidade (Shahar *et al.*, 2012). A diminuição na velocidade da marcha é um preditor, independente e forte de incapacidade, no que diz respeito à necessidade de recorrer aos cuidados de saúde, admissão em lares e mortalidade dos idosos (Schrack, Simonsick & Ferrucci, 2010). A fadiga é com frequência a causa da incapacidade da marcha no idoso, a menos que este sinta que possa estar ameaçada a manutenção de outras atividades que considera vitais (Schrack *et al.*, 2010). Estes investigadores recomendam estudos longitudinais que tenham como tema central o valor prognóstico da velocidade da sua marcha (Schrack *et al.*, 2010). A marcha é necessária para o idoso com acidente vascular cerebral e para que possa manter uma vida independente, mais especificamente a sua velocidade, o equilíbrio e a

resistência (Moriello, Finch & Mayo, 2011). A independência na marcha deve representar um dos mais importantes desafios dos cuidados, porque a imobilidade ou a dificuldade em andar é um dos maiores fatores preditores de institucionalização nos idosos com demência (Morghen *et al.*, 2011).

Uma das variáveis preditoras para o idoso submetido a artroplastia total da anca conseguir tornar-se novamente independente no andar é a recuperação que consegue ter até ao momento da alta, pois nem sempre o idoso recupera o nível basal anterior à fratura, o que poderá levar a alterações permanentes, com o consequente declínio da sua qualidade de vida (Bellelli *et al.*, 2012).

Um estudo em idosos submetidos a cirurgia torácica e pélvica revelou que a qualidade de vida destes idosos era mais determinada pela sua capacidade funcional do que pelos antecedentes pessoais que possuíam e o maior preditor da capacidade funcional no período pós-cirúrgico foi o nível basal anterior (Landi *et al.*, 2013).

Um outro estudo aborda o incremento do andar como possibilidade de combater os comportamentos sedentários com idosos emigrantes chineses a residir nos Estados Unidos da América, e sugere estratégias para a melhoria na função física, como é o caso da criação de programas de caminhadas, os contactos telefónicos, a criação de grupos de caminhadas e o estabelecimento de um programa que recorra a um pedómetro (Allet *et al.*, 2009). O andar comprometido causa restrições no quotidiano da pessoa idosa, pelo que constitui um fenómeno de interesse para os enfermeiros no planeamento de intervenções (Bladh *et al.*, 2012).

A literatura trouxe para este diagnóstico de enfermagem 17 características definidoras e 34 fatores relacionados, o que pode não ser favorável para um diagnóstico de enfermagem, pelo que se considera que a validação clínica trará contributos para a identificação das características definidoras e fatores relacionados mais significativos.

3.1.1 – Características definidoras de *impaired walking*

Nesta RSL foram identificadas 16 características definidoras do diagnóstico de enfermagem *impaired walking*, com mais uma descrita na NANDA-I, o que perfaz 17 no total (tabela 7).

Tabela 7: Distribuição das características definidoras na amostra da RSL de *impaired walking* e comparação com a NANDA-I (2015-2017).

Características Definidoras	n	NANDA-I
Capacidade comprometida da velocidade da marcha	22	
Capacidade comprometida para caminhar determinadas distâncias em determinado tempo (cadência, tempo de ciclo, ciclo de marcha, tempo de apoio, comprimento da passada)	20	
Capacidade comprometida para caminhar a distância necessária	13	√
Postura alterada	9	
Capacidade comprometida para subir escadas	7	√
Capacidade comprometida para contornar o lancil (à volta de obstáculos)	6	√
Andar comprometido em terreno acidentado (avaliação no exterior em piso asfaltado e calçadado)	6	
Capacidade comprometida para alterar a velocidade da marcha	5	
Capacidade comprometida de descer escadas	4	
Andar comprometido perante outros desafios (estímulos auditivos e visuais)	4	
Andar comprometido na mudança de postura (virar a cabeça, inclinar-se)	4	
Capacidade comprometida para andar para a frente em superfície plana	3	
Capacidade comprometida para andar durante o tempo requerido	3	
Capacidade comprometida para caminhar em superfícies irregulares	2	√
Claudicação intermitente	2	
Capacidade comprometida para descer em plano inclinado	1	√
Capacidade comprometida para subir em plano inclinado	0	√
Total		17

Legenda: √ - Presente na NANDA-I (2015-2017).

Todas as características definidoras listadas na NANDA-I foram identificadas nos resultados da RSL, com exceção de “capacidade comprometida para subir em plano inclinado”. Outras características definidoras surgiram neste estudo que não estão na classificação, num total de 11: “capacidade comprometida da velocidade da marcha” (n=22), “capacidade comprometida para caminhar determinadas distâncias em determinado tempo” (n=20), “postura alterada” (n=9), “andar comprometido em terreno acidentado (avaliação no exterior em piso asfaltado e

calçatado)” (n= 6), “capacidade comprometida para alterar a velocidade da marcha” (n=5), “capacidade comprometida de descer escadas” (n=4), “andar comprometido perante outros desafios (estímulos auditivos e visuais)” (n=4), “andar comprometido na mudança de postura (virar a cabeça, inclinar-se)” (n=4), “capacidade comprometida para andar durante o tempo requerido” (n=3), “capacidade comprometida para andar para a frente em superfície plana” (n=3) e “claudicação intermitente” (n=2).

Entre as 11 novas características definidoras que foram identificadas nesta RSL, duas estão entre as mais frequentes (“capacidade comprometida da velocidade da marcha” e “capacidade comprometida para caminhar determinadas distâncias em determinado tempo”), o que sublinha a importância das revisões enquanto método de sistematização e atualização do conhecimento para o desenvolvimento da taxonomia e de apoio aos enfermeiros na descrição de elementos que ajudem à elaboração do diagnóstico de enfermagem mais adequado à pessoa idosa na prática clínica.

3.1.2 – Fatores relacionados de *impaired walking*

Relativamente aos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem *impaired walking*, foram identificados um total de 34 (tabela 8). Os mais frequentes foram a “diminuição da condição física” (n=23), “equilíbrio comprometido” (n=19) e “medo de cair” (n=17).

Todos os fatores relacionados descritos na NANDA-I foram identificados nesta RSL. Foram, ainda, identificados outros fatores relacionados, num total de 20 novos, além dos que estão descritos na NANDA-I. No entanto, os três mais frequentes estão entre os enumerados na classificação (“diminuição da condição física”, “equilíbrio comprometido” e “medo de cair”) e, por isso, constituem etiologias às quais o enfermeiro pode estar mais atento quando observa a pessoa idosa ou quando a avalia, através de entrevista, sobre situações de risco em casa ou outros contextos.

Tabela 8: Distribuição dos fatores relacionados na amostra da RSL de *impaired walking* e comparação com a NANDA-I (2015-2017).

Fatores Relacionados	n	NANDA-I
Diminuição da condição física	23	√
Equilíbrio comprometido	19	√
Medo de cair	17	√
Alteração na função cognitiva	14	√
Compromisso neurológico	13	
Obesidade	12	√
Força muscular insuficiente	12	√
Envelhecimento (idade ≥65 anos)	12	
Apoio de marcha (ex.: andador de rodas duplas, bengala, bengala de quarto apoios, canadianas)	12	
Fadiga	10	
Dor	9	√
Compromisso cardiorrespiratório (ex.: angina, insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar)	9	
Conhecimento insuficiente sobre as estratégias de mobilidade	8	√
Medicação (antidepressivos, antihipertensivos, antipsicóticos, benzodiazepinas, inibidores da colinesterase, diuréticos, anti-inflamatórios não esteróides, sedativos e hipnóticos)	8	
Visão comprometida	7	√
Alteração no humor	7	√
Diminuição na resistência	6	√
Numerosas atividades ou tarefas a desempenhar em simultâneo	6	
Barreiras ambientais (ex.: escadas, inclinações, superfícies irregulares, obstáculos inseguros, distâncias, falta de dispositivos ou pessoa de assistência, restrições)	5	√
Compromisso músculo-esquelético	5	√
Atrofia da massa muscular	4	
Compromisso neuromuscular	3	√
Gestão de problemas dos pés e do calçado (ex.: estética, conforto e segurança)	3	
Crenças (educação e religião, comportamento sedentário)	3	
Alteração de saúde mental	3	
Hipotensão ortostática (gestão postural)	2	
Problemas de sono	2	
Problemas de audição	2	
Sexo feminino	2	
Institucionalização	2	
Ausência de suporte social (ex.: desvalorização sociofamiliar)	2	
Andar com ajuda de terceiros	1	
Período de recuperação pós-cirúrgica	1	
Percepção de capacidade de andar em segurança comprometida	1	
Total		34

Legenda: √ - Presente na NANDA-I (2015-2017).

Os fatores causais de determinado diagnóstico constituem a chave na tomada de decisão, em relação às intervenções de enfermagem. Quando não existe evidência das características definidoras e fatores

relacionados para apoiar o raciocínio clínico, recorrer apenas à utilização do enunciado, poderá comprometer a acurácia do diagnóstico.

3.2 - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA DE *RISK FOR FALLS*

De acordo com o protocolo de revisão anteriormente apresentado, foram incluídos 62 artigos nesta RSL (ver figura 6 anteriormente apresentada), e que estão caracterizados na tabela seguinte (tabela 9). O número de participantes (idosos residentes na comunidade) variou entre 27 (Muhaidat *et al.*, 2013) e 21.020 participantes (Etman *et al.*, 2012).

Tabela 9: Caracterização dos artigos incluídos na RSL de *risk for falls*.

Caracterização dos 62 artigos	
Ano de publicação	
2013 (n=18).	de Vries, Peeters, Lips & Deeg; Delbaere, Close, Taylor, Wesson & Lord; Halvarsson <i>et al.</i> ; Halvarsson, Franzén & Stahle; Hardigan, Schwartz & Hardigan; Hunter, Voaklander, Hsu & Moore; Karlsson, Magnusson, von Schewelow & Rosengren; Klein <i>et al.</i> ; Kuhirunyarath, Prasomrak & Jindawong; Kwan, Close, Wong & Lord; Launay <i>et al.</i> ; Martin <i>et al.</i> ; Menant <i>et al.</i> ; Muhaidat, Kerr, Evans & Skelton; Muir <i>et al.</i> ; Ou <i>et al.</i> ; Scheffer <i>et al.</i> ; Wong <i>et al.</i>
2012 (n=18).	Alexandre <i>et al.</i> ; Currin <i>et al.</i> ; Eggermont <i>et al.</i> ; Elliott <i>et al.</i> ; Etman <i>et al.</i> ; Freiburger <i>et al.</i> ; Ishimoto <i>et al.</i> ; Jenkyn, Hoch & Speechley; Kelsey <i>et al.</i> ; Liao <i>et al.</i> ; Lim & Sung; Menant <i>et al.</i> ; Muir, Gopaul & Odasso; Painter <i>et al.</i> ; Pijpers <i>et al.</i> ; Taylor <i>et al.</i> ; Yamashita, Noe & Bailer; Zheng <i>et al.</i>
2011 (n=16).	Kwan, <i>et al.</i> ; Buracchio <i>et al.</i> ; Gangavati <i>et al.</i> ; Honaker & Shepard; Oh-Park, Xue, Holtzer & Verghese; Quach <i>et al.</i> ; Delbaere, Smith & Lord; Vu, Finch & Day; Arnold, Faulkner & Gyurcsik; Filiatrault & Desrosiers; Peeters <i>et al.</i> ; Pighills <i>et al.</i> ; Lin <i>et al.</i> ; Rossat <i>et al.</i> ; O'Halloran <i>et al.</i> ; Mesas <i>et al.</i>
2014 (n=9).	Chen & Janke; Fischer <i>et al.</i> ; Stone <i>et al.</i> ; Hsu <i>et al.</i> ; Sibley <i>et al.</i> ; Kumar <i>et al.</i> ; Stubbs <i>et al.</i> ; Barry <i>et al.</i> ; Thaler-Kall <i>et al.</i>
2010 (n=1).	Michael <i>et al.</i>
País	
Estados Unidos da América (n=16).	Michael <i>et al.</i> (2010); Buracchio <i>et al.</i> (2011); Gangavati <i>et al.</i> (2011); Honaker & Shepard (2011); Oh-Park, Xue, Holtzer & Verghese (2011); Quach <i>et al.</i> (2011); Eggermont <i>et al.</i> (2012); Elliott <i>et al.</i> (2012); Kelsey <i>et al.</i> (2012a); Kelsey <i>et al.</i> (2012b); Painter <i>et al.</i> (2012); Yamashita <i>et al.</i> (2012); Hardigan <i>et al.</i> (2013); Stone <i>et al.</i> (2014); Chen & Janke (2014); Fischer <i>et al.</i> (2014).

Caracterização dos 62 artigos	
País (cont.)	
Austrália (n=13).	Kwan <i>et al.</i> (2011); Delbaere, Smith & Lord (2011); Vu, Finch & Day (2011); Delbaere, Smith & Lord (2013); Klein <i>et al.</i> (2013); Martin <i>et al.</i> (2013); Menant <i>et al.</i> (2013); Wong <i>et al.</i> (2013); Kwan <i>et al.</i> (2013b).
Canadá (n=7).	Arnold, Faulkner & Gyurcsik (2011); Filiatrault & Desrosiers (2011); Jenkyn <i>et al.</i> (2012); Muir, Gopaul & Odasso (2012); Hunter <i>et al.</i> (2013); Hsu <i>et al.</i> (2014); Sibley <i>et al.</i> (2014).
Holanda (n=5).	Peeters <i>et al.</i> (2011); Etman <i>et al.</i> (2012); Pijpers <i>et al.</i> (2012); de Vries <i>et al.</i> (2013); Scheffer <i>et al.</i> (2013).
Reino Unido (n=4).	Pighills, Torgerson, Sheldon, Drummond & Bland (2011); Muhaidat <i>et al.</i> (2013); Kumar <i>et al.</i> (2014); Stubbs, Eggermont, Patchay & Schofield (2014).
China (n=3).	Lin, Liao, Pu, Chen & Liu (2011); Liao <i>et al.</i> (2012); Ou <i>et al.</i> (2013).
França (n=3).	Rossat <i>et al.</i> (2011); Launay <i>et al.</i> (2013); Muir <i>et al.</i> (2013).
Suécia (n=3).	Halvarsson <i>et al.</i> (2013); Halvarsson, Franzén & Stahle (2013); Karlsson <i>et al.</i> (2013).
Irlanda (n=2).	O'Halloran <i>et al.</i> (2011); Barry, Galvin, Keogh, Horgan & Fahey (2014).
Alemanha (n=1).	Freiberger <i>et al.</i> (2012).
Brasil (n=1).	Alexandre <i>et al.</i> (2012).
Nível de Evidência	
NE III: Revisão sistemática de opinião de peritos (n=47).	Buracchio <i>et al.</i> (2011); Gangavati <i>et al.</i> (2011); Honaker & Shepard (2011); Oh-Park <i>et al.</i> (2011); Quach <i>et al.</i> (2011); Delbaere, Smith & Lord (2011); Vu, Finch & Day (2011); Filiatrault & Desrosiers (2011); Pighills <i>et al.</i> (2011); Lin (2011); Rossat <i>et al.</i> (2011); O'Halloran <i>et al.</i> (2011); Mesas <i>et al.</i> (2011); Alexandre <i>et al.</i> (2012); Eggermont <i>et al.</i> (2012); Etman <i>et al.</i> (2012); Ishimoto <i>et al.</i> (2012); Kelsey <i>et al.</i> (2012); Kelsey <i>et al.</i> (2012); Liao <i>et al.</i> (2012); Lim & Sung (2012); Menant <i>et al.</i> (2012); Painter <i>et al.</i> (2012); Pijpers <i>et al.</i> (2012); Taylor <i>et al.</i> (2012); Yamashita, Noe & Bailer (2012); Zheng <i>et al.</i> (2012); de Vries <i>et al.</i> (2013); Delbaere <i>et al.</i> (2013); Hardigan, Schwartz & Hardigan (2013); Hunter <i>et al.</i> (2013); Klein <i>et al.</i> (2013); Kuhirunyaratn, Prasomrak & Jindawong (2013); Kwan <i>et al.</i> (2013); Martin <i>et al.</i> (2013); Menant <i>et al.</i> (2013); Muhaidat <i>et al.</i> (2013); Ou <i>et al.</i> (2013); Scheffer <i>et al.</i> (2013); Wong <i>et al.</i> (2013); Chen & Janke (2014); Hsu <i>et al.</i> (2014); Sibley <i>et al.</i> (2014); Kumar <i>et al.</i> (2014); Stone <i>et al.</i> (2014); Stubbs <i>et al.</i> (2014); Thaler-Kall <i>et al.</i> (2014).
NE Ib: Estudos quase-experimentais (n=7).	Arnold, Faulkner & Gyurcsik (2011); Peeters <i>et al.</i> (2011); Pighills <i>et al.</i> (2011); Jenkyn <i>et al.</i> (2012); Freiberger <i>et al.</i> (2012); Halvarsson <i>et al.</i> (2013); Fischer <i>et al.</i> (2014).
NE Ia: Estudos experimentais (n=6).	Michael <i>et al.</i> (2010); Muir <i>et al.</i> (2012); Karlsson <i>et al.</i> (2012); Launay <i>et al.</i> (2013); Kwan <i>et al.</i> (2013a); Barry <i>et al.</i> (2014).
NE IIa: Estudos observacionais analíticos (n=1).	Currin <i>et al.</i> (2012).
NE IIb: Estudos observacionais descritivos (n=1).	Elliott <i>et al.</i> (2012).

Caracterização dos 62 artigos (cont.)	
Tipo de Estudos	
Estudos descritivos e correlacionais (n=27).	Honaker & Shepard (2011); Delbaere <i>et al.</i> (2011); Vu <i>et al.</i> (2011); Filiatrault & Desrosiers (2011); Lin <i>et al.</i> (2011); Rossat <i>et al.</i> (2011); O'Halloran <i>et al.</i> (2011); Alexandre <i>et al.</i> (2012); Eggermont <i>et al.</i> (2012); Etman <i>et al.</i> (2012); Liao <i>et al.</i> (2012); Lim <i>et al.</i> (2012); Painter <i>et al.</i> (2012); Yamashita <i>et al.</i> (2012); de Vries <i>et al.</i> (2013); Delbaere <i>et al.</i> (2013); Halvarsson, Franzén & Stahle (2013); Hardigan, Schwartz & Hardigan (2013); Muhaidat <i>et al.</i> , (2013); Muir <i>et al.</i> (2013); Ou <i>et al.</i> (2013); Chen <i>et al.</i> (2014); Hsu <i>et al.</i> (2014); Sibley <i>et al.</i> (2014); Stubbs <i>et al.</i> (2014); Stone <i>et al.</i> (2014).
Estudos de coorte (n=19).	Buracchio <i>et al.</i> (2011); Oh-Park <i>et al.</i> (2011); Quach <i>et al.</i> (2011); Mesas, López-García & Rodríguez-Artalejo (2011); Ishimoto <i>et al.</i> (2012); Kelsey <i>et al.</i> (2012a); Kelsey <i>et al.</i> (2012b); Menant <i>et al.</i> (2012); Pijpers <i>et al.</i> (2012); Taylor <i>et al.</i> (2012); Zheng <i>et al.</i> (2012); Hunter <i>et al.</i> (2013); Klein <i>et al.</i> (2013); Kahirunyaratn <i>et al.</i> (2013); Kwan <i>et al.</i> (2011); Martin <i>et al.</i> (2013); Menant <i>et al.</i> (2013); Scheffer <i>et al.</i> (2013); Wong <i>et al.</i> (2013); Kumar <i>et al.</i> (2014).
Ensaios clínicos aleatórios controlados (n=8).	Gangavati <i>et al.</i> (2011); Arnold, Faulkner & Gyurcsik (2011); Peeters <i>et al.</i> (2011); Pighills <i>et al.</i> (2011); Freiburger <i>et al.</i> (2012); Jenkyn, Hoch & Speechley (2012); Fischer <i>et al.</i> (2014); Thaler-Kall <i>et al.</i> (2014).
RSL (Estudos secundários) (n=6).	Michael <i>et al.</i> (2010); Muir <i>et al.</i> (2012); Karlsson <i>et al.</i> (2012); Launay <i>et al.</i> (2013); Kwan <i>et al.</i> (2013b); Barry <i>et al.</i> (2014).
Estudo quase-experimental (n=2).	Currin <i>et al.</i> (2012); Elliott <i>et al.</i> (2012).

Destaca-se que destes 62 artigos, apenas um foi realizado no âmbito da enfermagem e teve como objetivo determinar fatores ambientais habitacionais e de saúde nas mulheres coreanas com história de quedas em casa e na comunidade (Lim & Sung, 2012).

Nesta revisão foram identificados fatores de risco de queda que não estão incluídos na NANDA-I. Os fatores socioeconômicos, baixa escolaridade, baixo rendimento familiar e minorias étnicas são os fatores de risco menos estudados e que podem ser determinantes para a acurácia do diagnóstico e para o adequado planejamento de intervenções e, por isso, constituem fatores que os enfermeiros devem ter como foco prioritário em populações nas quais estes fatores possam ser frequentes.

Tanto os resultados que emergiram da RSL como a proposta da NANDA-I sobre os fatores de risco de queda confirmam a natureza multifatorial dos fatores de risco, que requerem uma atenção abrangente e implementação de intervenções transdisciplinares.

3.2.2 - Fatores de risco de *risk for falls*

Relativamente aos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem *risk for falls*, identificou-se nesta revisão um total de 65, onde 37 estão descritas na NANDA-I, das quais 17 não emergiram da RSL, que se organizaram de acordo com as categorias da NANDA-I, com exceção da categoria referente às crianças (tabela 10).

Tabela 10: Distribuição dos fatores de risco na amostra da RSL de *risk for falls* e comparação com a NANDA-I (2015-2017).

Fatores de Risco	N	NANDA-I
Adultos		
Sexo feminino	8	
História de quedas	7	√
Idade ≥ a 65 anos	6	√
Uso de auxiliar de marcha (ex.: andador, canadiana, cadeira de rodas)	2	√
Viver sozinho	1	√
Uso de chinelos	1	
Prótese no membro inferior	0	√
Ambientais		
Ambiente desorganizado	4	√
Material antiderrapante insuficiente na casa de banho	4	√
Iluminação insuficiente	3	√
Ámbiente sem instalação de barras de apoio (sanitas) ou corrimão com presença de obstáculo (como é o caso da soleira da porta)	4	
Exposição a condições de insegurança relacionadas com condições climatéricas (ex.: piso molhado, gelo)	0	√
Ambiente não familiar	0	√
Uso de contenções	0	√
Uso de tapetes soltos	0	√
Agentes farmacológicos		
Fármacos	14	√
Polimedicação	11	
Antihipertensores	2	
Benzodiazepinas	2	
Consumo de álcool	0	√
Cognitivos		
Alteração na função cognitiva	8	
Compromisso da função executiva	3	

Legenda: √ - Presente na NANDA-I (2015-2017).

Fatores de Risco (cont.)	n	NANDA-I
Fisiológicos		
Dificuldade na marcha	13	√
Compromisso do equilíbrio	13	√
Compromisso visual	10	√
Declínio das atividades básicas de vida diária	10	
Comorbidades	6	
Hipotensão ortostática	5	√
Dor crônica	5	
Diminuição na força das extremidades inferiores	4	√
Hipertensão arterial	4	
Função sensoriomotora reduzida	4	
Alteração da glicemia	3	√
Compromisso da mobilidade	3	√
Doença vascular	3	√
Artrite	2	√
Insônia	2	√
Osteoporose	2	
Insuficiência de Vitamina D	2	
Relato de pior saúde física	2	
Obesidade	2	
Incontinência	1	√
Urgência urinária	1	√
Tonturas	1	
Perímetro abdominal elevado	1	
Síndrome metabólica	1	
Doença pulmonar obstrutiva crônica	1	
Baixo nível de albumina sérica	1	
Doença aguda	0	√
Anemia	0	√
Condições que afetam os pés	0	√
Diarreia	0	√
Desmaio ao estender o pescoço	0	√
Desmaio ao virar o pescoço	0	√
Compromisso da audição	0	√
Neoplasia	0	√
Neuropatia	0	√
Período de recuperação pós-cirurgia	0	√
Défice proprioceptivo	0	√
Psicológicos		
Medo de cair	14	
Sintomas depressivos/depressão	8	
Ansiedade	2	
Socioeconômicos		
Baixo nível educacional	1	
Baixo rendimento familiar	1	
Minoria étnica (ex.: negro)	1	
Total	65	

Legenda: √ - Presente na NANDA-I (2015-2017).

Os fatores de risco de quedas nos adultos na NANDA-I estão organizados em seis categorias. Esta RSL permitiu acrescentar duas

categorias, que foram denominadas de “fatores psicológicos” e de “fatores socioeconômicos”.

No adulto, mais concretamente no que se refere aos “fatores pessoais”, o fator de risco mais prevalente em relação aos que integram a NANDA-I foi a história de queda (n=7), seguido de idade \geq a 65 anos (n=6), uso de auxiliar de marcha (n=2) e viver sozinho (n=1). Não houve referência a prótese no membro inferior. Foram, ainda, identificados o sexo feminino (n=8) e uso de chinelos (n=1).

Na categoria “fatores ambientais”, os indicadores de risco de queda foram: ambiente desorganizado (n=4), material antiderrapante insuficiente na casa de banho (n=4) e iluminação insuficiente (n=3). Não foram identificados os fatores de risco descritos na NANDA-I: exposição a condições de insegurança relacionadas com as condições climáticas, ambiente não familiar, uso de contenções e uso de tapetes soltos. Contudo, foram referenciados dois fatores de risco adicionais, nomeadamente, o acesso a ambiente sem instalação de barras de apoio ou corrimão, com presença de obstáculo, como é exemplo a soleira da porta (n=3) e sanitas sem barras de apoio (n=1).

No grupo “agentes farmacológicos” houve referência a fármacos (n=14) e não houve referência ao consumo de álcool, que está na NANDA-I. Nos estudos analisados verificou-se o uso de polimedicação (n=11), antihipertensores (diuréticos, inibidores da enzima de conversão angiotensina, bloqueadores dos canais de cálcio, bloqueadores beta-adrenérgicos) (n=2) e benzodiazepinas (n=2).

Na categoria “fatores cognitivos” estão: alteração na função cognitiva (n=8) e compromisso da função executiva (n=3), este último não está listado na classificação NANDA-I.

Na categoria dos “fatores fisiológicos” apresentam-se 23 fatores de risco na NANDA-I, dos quais os mais identificados na literatura foram: dificuldade na marcha (n=13), compromisso do equilíbrio (n=13), compromisso visual (n=10), hipotensão ortostática (n=5), diminuição na força das extremidades inferiores (n=4), alteração da glicémia (n=3),

compromisso da mobilidade (n=3), doença vascular (n=3), insónia (n=2), artrite (n=2), incontinência (n=1) e urgência urinária (n=1). Outros que estão classificados na NANDA-I não foram identificados na revisão: doença aguda, anemia, condições que afetam os pés, diarreia, desmaio ao estender o pescoço, e desmaio ao virar o pescoço. Foram ainda confirmados outros fatores de risco de queda no idoso residente na comunidade, particularmente, o declínio nas ABVD (n=10), comorbilidade/doença crónica (n=6), dor crónica (n=5), declínio das atividades instrumentais de vida diária (n=4), hipertensão arterial (n=4), função sensoriomotora reduzida (n=3), osteoporose (n=2), insuficiência de vitamina D (n=2), relato de pior saúde física (n=2), obesidade (n=2), tonturas (n=1), perímetro abdominal elevado (n=1), síndrome metabólico (n=1), doença pulmonar obstrutiva crónica (n=1) e baixo nível de albumina sérica (n=1).

Na categoria dos “fatores psicológicos”, os estudos confirmaram o medo de cair (n=14) como um dos fatores mais importantes de risco de queda no idoso residente na comunidade. Este medo de cair está associado à execução nas AVD, como por exemplo, higiene, vestuário e uso de sanitário. Os sintomas depressivos/depressão (n=8) foram confirmados como fatores de risco de queda no idoso residente na comunidade. A ansiedade (n=2) também foi confirmada como fator de risco de queda. Por último, os fatores socioeconómicos são constituídos por baixo nível educacional (n=1), baixo rendimento familiar (n=1) e minoria étnica (ex.: negro) (n=1).

3.3 – TRADUÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Submeteu-se a um processo de tradução o diagnóstico original *impaired walking* (00088) e *risk for falls* (00155), da versão original (inglês norte-americano) (Herdman & Kamitssuru, 2014) para português europeu, uma vez que difere do português do Brasil, que é uma das traduções oficiais

da NANDA-I. Foram traduzidos os enunciados, definições, características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco, bem como os domínios e respetivas classes.

Realizou-se duas traduções independentes para a língua portuguesa, por dois tradutores residentes em Portugal, com nacionalidade Portuguesa, com experiência em traduções na área da saúde e com domínio nos idiomas português e inglês. Os tradutores foram informados dos objetivos do estudo e a informação foi trocada por correio eletrónico. Após estas traduções independentes para a língua portuguesa, foi enviado para um terceiro tradutor para fazer a síntese. Tinha-se assim o processo de tradução de *impaired walking* (00088) consensual, com exceção do binómio do enunciado que teve três sugestões. Recorreu-se a um grupo de três juízes, com conhecimento no idioma português e inglês, dois EEER, que se reuniram com a finalidade de comparar as três traduções e obter um consenso (apêndice 16). Desta forma obteve-se para *impaired walking* a tradução de “andar comprometido”, que é também correspondente à versão portuguesa da CIPE®. A publicação de documentos da mesa de especialidade de enfermagem de reabilitação (OE, 2014), corroborou com a tradução do enunciado.

Em setembro de 2014, com a publicação da edição 2015-2017 da NANDA-I e com as mudanças introduzidas, houve necessidade de voltar a submeter a novo processo de tradução (Herdman & Kamitsuru, 2014), onde se incluiu o *risk for falls*, mas desta vez na primeira síntese da tradução encontrou-se o consenso (apêndice 17).

A tradução final da definição de “andar comprometido” ficou: “limitação de movimento independente, a pé, dentro do ambiente”. O domínio 4 ficou como “Atividade/Repouso” e a classe 2 como “Atividade/Exercício”. As características definidoras são: “capacidade comprometida para subir escadas”, “capacidade comprometida para contornar lancil”, “capacidade comprometida para descer em plano inclinado”, “capacidade comprometida para subir em plano inclinado”, “capacidade comprometida para caminhar em superfícies irregulares” e

“capacidade comprometida para caminhar a distância necessária”. Os fatores relacionados são: “alteração na função cognitiva”, “alteração no humor”, “diminuição na resistência”, “barreiras ambientais (ex.: escadas, inclinações, superfícies irregulares, obstáculos inseguros, distâncias, falta de dispositivos ou pessoa de assistência, restrições)”, “medo de cair”, “equilíbrio comprometido”, “visão comprometida”, “conhecimento insuficiente sobre as estratégias de mobilidade”, “força muscular insuficiente”, “compromisso músculo-esquelético”, “compromisso neuromuscular”, “obesidade”, “dor” e “diminuição da condição física”.

Nesta última edição publicada da NANDA-I também foi divulgada uma proposta para taxonomia III, cuja tradução da sugestão para este diagnóstico resultou em integrar o domínio 4 (Funcional) e a classe 2 (Habilidade física) (Herdman & Kamitsuru, 2014).

No que respeita ao *risk for falls*, tal como referido anteriormente, a tradução apenas foi feita para a versão atual da NANDA-I (Herdman & Kamitsuru, 2014) (apêndice 17), uma vez que a tomada de decisão de incluir também este diagnóstico de enfermagem foi posterior. A tradução do enunciado foi “risco de quedas” e a definição: “vulnerabilidade para maior suscetibilidade às quedas, que podem causar dano físico e comprometer a saúde”. Quanto ao domínio 11 (“Segurança/Proteção”) e classe 2 (“Lesão física”). Os fatores de risco são, nos adultos: “idade \geq a 65 anos”, “história de quedas”, “viver sozinho”, “prótese no membro inferior” e “uso de auxiliar de marcha (ex.: andarilho, canadiana, cadeira de rodas)”. No que respeita aos aspetos ambientais: “ambiente desorganizado”, “exposição a condições de insegurança relacionadas com as condições climatéricas (ex.: piso molhado, gelo)”, “iluminação insuficiente”, “material antiderrapante insuficiente na casa de banho”, “ambiente não familiar”, “uso de contenções” e “uso de tapetes soltos”. Referente aos agentes farmacológicos: “consumo de álcool” e “fármacos”. Por fim, os fatores fisiológicos: “doença aguda”, “alteração da glicémia”, “anemia”, “artrite”, “condições que afetam os pés”, “diminuição na força das extremidades inferiores”, “diarreia”, “dificuldade na marcha”, “desmaio ao estender o

pescoço”, “desmaio ao virar o pescoço”, “compromisso da audição”, “compromisso do equilíbrio”, “compromisso da mobilidade”, “incontinência”, “neoplasia”, “neuropatia”, “hipotensão ortostática”, “período de recuperação pós-cirúrgica”, “défice proprioceptivo”, “insônia”, “urgência urinária”, “doença vascular” e “compromisso visual”.

Nesta publicação, também tal como aconteceu com o anterior diagnóstico, foi divulgada uma proposta para taxonomia III, cuja tradução da sugestão para este diagnóstico resultou em integrar o domínio 5 (“Segurança”) e a classe 3 (“Riscos para a saúde”) (Herdman & Kamitsuru, 2014).

As características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco obtidos nas duas RSL foram sujeitos a igual processo de tradução (apêndice 18).

Na etapa de retrotradução optou-se por solicitar a dois tradutores a respetiva retrotradução da versão única criada anteriormente (em português europeu, dos diagnósticos de enfermagem *impaired walking* e *risk for falls*). Esta etapa foi realizada de forma individual e independente. Desta forma, chegou-se a uma única versão que sustentou a versão original, o que tornou possível a conclusão desta etapa (apêndice 19). Ao obter-se uma única versão, na etapa de tradução, realizou-se o instrumento que serviria de base para a colheita de dados no pré-teste (apêndice 5).

3.4 – VALIDAÇÃO CLÍNICA DOS DIAGNÓSTICOS

A terceira fase deste estudo foi constituída pela validação clínica, por forma a validar os resultados da RSL, após a sua tradução, bem como os dados da taxonomia II da NANDA-I referentes ao diagnóstico “andar comprometido” e “risco de quedas”. Iniciou-se esta fase pelo pré-teste, onde os colaboradores (enfermeiros que realizaram a observação) e os participantes (pessoas idosas), após serem esclarecidos dos objetivos do

estudo, aceitaram participar na pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice 7).

O pré-teste decorreu de 13 a 19 de abril de 2015, onde se obteve uma amostra de 24 instrumentos de colheita de dados preenchidos, o que representou 12 pessoas idosas observadas, cada uma por dois enfermeiros (um EG e um EEER). Seguiu-se a análise dos dados e a aplicação de um questionário online (disponível em https://docs.google.com/forms/d/1eIVAQN2M_cgnwLE7hpLGJNw_yfhaslHoqqXoVi8Jr3Dw/viewform), por não ter sido possível uma reunião, quer presencial, quer virtual, onde os enfermeiros envolvidos tivessem a possibilidade de relatar as suas dificuldades e sugerir alterações do instrumento de recolha de dados. Desse questionário resultaram propostas de alteração (apêndice 20). Uma das propostas de mudança foi a escala ABC validada em idosos portugueses em contexto comunitário (Soares-Branco, 2010), pela disparidade de resultados obtidos entre as duas observações (EG e EEER). Além disso, os observadores evidenciaram a subjetividade desse instrumento, a desadequação de algumas questões para o contexto rural e o tempo necessário para o seu preenchimento, informação também corroborada pelo elemento denominado de elo (gestor de informação) do centro de saúde onde o pré--teste decorreu. Após análise destes dados foi opção proceder à substituição desta escala. No sentido de fundamentar a opção, realizaram-se duas RSL, uma sobre os instrumentos que avaliam o risco de quedas na comunidade e outra sobre as características da escala FES-I (Marques-Vieira *et al.*, 2016), que avalia o medo de cair e que acabou por ser a opção para o estudo. Destaca-se que a FES-I inclui uma vasta gama de atividades e usa frases curtas e indicativas do contexto (Delbaere *et al.*, 2011), pelo que ia duplamente ao encontro do que foi sugerido pelos enfermeiros observadores. Esta escala foi submetida a um processo de tradução e retrotradução, de onde se obteve a versão final (apêndice 2). Fruto destes resultados surgiu o instrumento de colheita de dados definitivo (apêndice 6). Por não se ter realizado um pré-teste com esta nova escala no instrumento de recolha de dados, procedeu-se a um contacto telefónico

para conhecer a perceção dos observadores, que foi favorável e não foram recolhidas informações que justificassem mais alterações.

A recolha de dados para o estudo de validação clínica decorreu entre 18 de maio e 14 de junho de 2015 (quatro semanas), através dos colaboradores dos 10 centros de saúde concelhios (Bom Jesus/Funchal, Calheta, Câmara de Lobos, Machico, Ponta do Sol, Ribeira Brava, Santa Cruz, Santana, Santo António/Funchal e São Vicente), o que representa um total de 40 centros de saúde.

Os questionários foram devolvidos em envelope opaco (anteriormente fornecidos com resposta sem franquia) por correio. Os dados foram inseridos por duas pessoas (uma a digitar e outra a validar), num único documento *excel* e transferida, posteriormente, para o programa SPSS, *MedCalc*® e *RStudio* que auxiliaram na organização e análise dos mesmos. Para a análise dos dados sociodemográficos e de saúde foi realizada a análise das respostas do EEER.

Destaca-se que, entre os 172 idosos inquiridos para a validação clínica dos diagnósticos de “andar comprometido” e “risco de quedas” foi considerado um total de 126 idosos duplamente observados, uma vez que estes respondiam a todas as questões essenciais a esta validação. Já para a validação da FES-I Portugal considerou-se praticamente toda a amostra original, num total de 170, uma vez que as questões referentes à escala (questão 14) só não estavam preenchidas na totalidade em dois casos.

Os dados das questões abertas, como é exemplo a questão 8, 10, 12 e 13, foram tratados através de categorização anterior, com atribuição de código posterior, por forma a ser possível o seu tratamento estatístico. Salvaguarda-se que o total nestas questões será diferente do número de participantes, uma vez que havia a possibilidade dos participantes escolherem mais que uma resposta.

No que respeita às 2ª e 3ª partes do instrumento de colheita de dados, referente aos diagnósticos de enfermagem “andar comprometido” e “risco de quedas” (capítulos 3.4.3 e 3.4.4, respetivamente), optou-se por apresentar separadamente os dados obtidos pelos EG e os obtidos pelos

EEER, e só depois integrá-los, por forma a dar resposta ao modelo de Richard Fehring. O modelo recomenda, ainda, que em caso de discordância, se deve optar pela resposta do perito, ou seja, neste caso a resposta do EEER.

3.4.1 – Caracterização da amostra

A amostra foi obtida por um processo não probabilístico, de conveniência e, por isso, retomamos os critérios de admissão ao estudo: pessoas com idade igual ou superior a 65 anos que recorressem aos cuidados de enfermagem na comunidade, no período entre 18 de maio e 14 de junho de 2015, e que não estivessem institucionalizadas.

Os resultados serão apresentados segundo a ordem do próprio instrumento de colheita de dados (apêndice 6).

Quando recolhidos os envelopes com os instrumentos de colheita de dados preenchidos, observou-se que alguns foram devolvidos sem estarem preenchidos. Segue-se a tabela com a síntese desta informação (tabela 11).

Tabela 11: Resumo da informação referente ao número de instrumentos de colheita de dados.

Instrumentos de Colheita de Dados	Frequência	Percentagem
Anulados	3	0,85
Não válidos*	88	24,85
Válidos	252	71,2
Devolvidos em branco	11	3,1
Total	354	100

Legenda: *Considerados não válidos para responder ao objetivo geral do estudo.

Dos 354 instrumentos devolvidos, três foram anulados (um por ser o par de um inquérito devolvido em branco e outro por não estar devidamente preenchido na caracterização, tendo-se assim anulado também o seu par), 11 foram devolvidos em branco e 88 não foram considerados válidos para responder ao objetivo geral do estudo por não responderem a várias

questões diretamente ligadas a esse objetivo, ou seja, contou-se com uma amostra de 252 instrumentos de colheita de dados, que representa 126 pessoas idosas observadas.

As características sociodemográficas são únicas, pelo que os dados da caracterização da amostra foram colhidos pelo EEER, embora a mesma pessoa idosa tenha sido questionada/observada por um EG e um EEER. Destacaremos sempre que existirem valores omissos faremos menção à sua frequência.

Seguem-se as características sociodemográficas, com início numa variável qualitativa, nomeadamente os concelhos de onde emergiram os participantes da investigação (tabela 12).

Tabela 12: Distribuição dos participantes por concelhos.

Concelho	Frequência	Percentagem
Câmara de Lobos	25	19,8
Santa Cruz	20	15,9
Ribeira Brava	16	12,7
Santo António	15	11,9
Machico	10	7,9
Ponta do Sol	10	7,9
Bom Jesus	8	6,3
São Vicente	8	6,3
Estreito da Calheta	8	6,3
Santana	6	4,8
Total	126	100

Através da anterior tabela pode-se concluir que o maior número de inquiridos foi obtido em Câmara de Lobos (n=25), seguido de Santa Cruz (n=20). Santana foi a região com menos inquéritos preenchidos (n=6).

Relativamente à duração do preenchimento dos instrumentos de colheita de dados, obteve-se os seguintes dados expressos na tabela que se segue (tabela 13).

Tabela 13: Duração de preenchimento dos instrumentos de colheita de dados.

Duração de Preenchimento	Estatística (minutos)
Média	36,4
Mediana	32,5
Desvio padrão	11,41
Amplitude amostral	50
Mínimo	20
Máximo	70

Em média, um instrumento de colheita de dados demorou aproximadamente 36 minutos a ser respondido, com uma grande variabilidade de durações (cerca de 11,41 minutos) e que oscilou entre 20 e 70 minutos.

Os instrumentos de colheita de dados foram maioritariamente preenchidos no centro de saúde, mas alguns no domicílio (tabela 14).

Tabela 14: Distribuição segundo o local de preenchimento dos instrumentos de colheita de dados.

Local de preenchimento	Frequência	Percentagem
Centro de Saúde	92	73,0
Domicílio	34	27,0
Total	126	100

No que respeita ao que se denominou de “1ª parte: caracterização do participante”, passa-se à apresentação dos dados referente à **questão 1** (idade) (tabela 15).

Tabela 15: Distribuição dos participantes pela idade.

Idade dos participantes	Estatística (anos)
Média	73,9
Mediana	73,0
Desvio padrão	6,05
Amplitude amostral	31
Mínimo	65
Máximo	96

Como se pode observar, os indivíduos têm idades entre os 65 e os 96 anos, tendo a mediana e a média valores semelhantes (73 e 73,9 anos, respetivamente). O desvio-padrão é de 6,05 anos.

Referente à **questão 2** (sexo), à **questão 3** (formação), **questão 4** (profissão), **questão 5** (estado civil), **questão 6** (“Com quem vive?”) e **questão 7** (“Onde passa o dia?”) os resultados obtidos foram os sintetizados na tabela seguinte (tabela 16). Nestas questões salvaguardou-se que os colaboradores seleccionassem apenas uma das opções.

Tabela 16: Caracterização dos participantes.

Variáveis de caracterização		Frequência	Percentagem
Sexo	Feminino	105	83,3
	Masculino	21	16,7
Formação	Sem ensino/1º ciclo incompleto	58	46,0
	1º ciclo	58	46,0
	2º ciclo	4	3,2
	3º ciclo	3	2,4
	Ensino superior	2	1,6
	12º ano (ou equivalente)	0	0,0
	Omissos	1	0,8
Profissão	Reformado(a)	114	90,5
	Doméstico(a)	10	7,9
	Ativo	2	1,6
Estado civil	Viúvo(a)	55	43,6
	Casado(a)	52	41,3
	Solteiro(a)	13	10,3
	Divorciado(a)	6	4,8
Com quem vive	Com cônjuge	41	32,6
	Sozinho(a)	33	26,2
	Com filho(a)	30	23,8
	Cônjuge e filho/a(s)	11	8,7
	Outro	11	8,7
Onde passa o dia	Casa	114	90,5
	Centro de Dia	9	7,1
	Centro de Convívio	2	1,6
	Jardim	0	0,0
	Café	0	0,0
	Outro	1	0,8
Total		126	100

Quanto ao sexo responderam ao questionário 105 idosos do sexo feminino e 21 idosos do sexo masculino. No que respeita à formação, é mais frequente os que não têm escolaridade e os que frequentaram o 1º ciclo, num total de 58 indivíduos em cada situação. Verificou-se 1 valor omissos. Atendendo à idade dos participantes e ao âmbito deste estudo, seria de esperar os resultados obtidos, ou seja, estar reformado(a) foi a condição mais prevalente. Relativamente ao estado civil dos participantes, ser viúvo foi o mais respondido, o que corresponde a 55 indivíduos, seguido por ser casado com 52 indivíduos. Ser solteiro e ser divorciado foram respondidos em menor quantidade, 13 e 6, respetivamente. A maioria dos participantes vive com o cônjuge (n=41). Destaca-se, ainda, um grande número de participantes que vivem sozinhos (n=33) ou com o filho/a(s) (n=30). A maioria dos participantes passa o dia no seu domicílio.

Referente à **questão 9** (“É cuidador(a) de terceiros?”) obteve-se como resultados, a maioria dos indivíduos pertencentes a esta amostra não eram cuidadores de terceiros (99 idosos) e não houve valores omissos. Os que se afirmaram cuidadores (n=27) são, na maioria (n=12) cuidadores do cônjuge (tabela 17).

Tabela 17: De quem são cuidadores os participantes.

É cuidador?	De quem é cuidador(a)?	Frequência		Percentagem
Não	-	99		78,5
Sim	Cônjuge	12	27	9,5
	Pai/Mãe	4		3,2
	Filho	3		2,4
	Irmã(ão)	3		2,4
	Netos	2		1,6
	Crianças	1		0,8
	Sogra(a)	1		0,8
	Tio	1		0,8
Total		126		100

Tal como referido anteriormente, as questões abertas foram tratadas após categorização e, como tal, o total será diferente do número de

inquiridos, pois era dada a possibilidade de selecionarem mais que uma opção.

Assim no que respeita à **questão 8** (“Ocupação dos tempos livres?”) obteve-se os seguintes resultados para os participantes (tabela 18). Destaca-se o facto de ter havido quatro valores omissos, ou seja, quatro idosos sem resposta a esta questão.

Tabela 18: Ocupação dos tempos livres dos participantes.

Legenda	Frequência
Ver televisão	63
Convívio com amigos	18
Leitura	15
Caminhar	15
Trabalho doméstico	14
Agricultura	13
Jardinagem	12
Bordar	11
Passear	9
Animais domésticos	7
Croché	7
Rezar	5
Exercício físico	4
Repousar leito	4
Pintar	3
Voluntariado	2
Grupo coral	2
Ouvir música	2
Computador	2
Costurar	1
Cuidar neto(a)	0

Pode-se observar que existe um elevado número de atividades realizadas pelos participantes nos seus tempos livres mas, apesar desta variedade, ver televisão é a atividade mais frequente.

Referente à **questão 10** (“Antecedentes pessoais/Diagnóstico médico?”), onde se salvaguardou que o colaborador poderia recorrer ao processo clínico da pessoa idosa, obteve-se os seguintes resultados (tabela 19). Começa-se pelos antecedentes pessoais ao nível cardiovasculares, neurológicos, neuromusculares, músculo-esqueléticos, endócrinos, psiquiátricos e outros.

Tabela 19: Antecedentes pessoais dos participantes.

Antecedentes pessoais	
Cardiovascular	Frequência
Hipertensão arterial	74
Dislipidemia	25
Insuficiência cardíaca	11
Doença valvular cardíaca	8
Arteriosclerose	7
Doença venosa periférica	7
Doença vascular	5
Arritmia	5
Doença coronária isquêmica	3
Doença de coagulação	1
Edema agudo do pulmão	1
Identificada, mas não nomeada	14
Neurológica	Frequência
Acidente vascular cerebral	10
Síndrome vertiginoso	4
Doença de Parkinson	1
Lesão vertebromedular/tetraplégia	1
Epilepsia	1
Nevrite	1
Neuropatia diabética	1
Identificada, mas não nomeada	3
Neuromuscular	Frequência
Sinais e Sintomas de patologia na região dorsal	2
Fibromialgia	1
Doença do Tecido Conjuntivo	1
Polimialgia Reumática	1
Hérnia Discal	3
Síndrome do Canal Cárpico	3
Identificada, mas não nomeada	2
Músculo-esquelética	Frequência
Osteoartrose	33
Osteoporose	9
Síndrome da coluna com/sem irradiação de dor	6
Artroplastia do(a) joelho/anca	5
Dor não controlada	5
Fratura do membro inferior	3
Amputação do membro inferior	2
Escoliose	2
Cifose	1
Artrite reumatoide	1
Fratura de costelas	1
Fratura do ombro direito	1
Rigidez tibiotársica por fratura	1
Discopatia cervical	1
Identificada, mas não nomeada	5
Endócrina	Frequência
Diabetes	46
Bócio	8
Hipotiroidismo	1
Identificada, mas não nomeada	3

Antecedentes pessoais (cont.)	
Psiquiátrica	Frequência
Depressão	11
Psicose	1
Distúrbio Ansioso	1
Perturbações da Memória	1
Dependências (Etilismo)	1
Outros Antecedentes Pessoais	Frequência
Obesidade	7
Neoplasia	7
Patologia respiratória	5
Asma	4
Patologia dermatológica	4
Úlcera venosa	4
Perturbação do sono	4
Rinite alérgica	3
Patologia oftalmológica	3
Diverticulose intestinal	3
Veias varicosas	3
Fibromioma	3
Hipertrofia benigna da próstata	2
Hérnia da parede abdominal	2
Anemia	2
Cerúmen em excesso	2
Ausência de acuidade visual	1
Diminuição da acuidade auditiva	1
Dispneia	1
Colite	1
Oclusão da artéria femoral, com colocação de prótese	1
Hemorragia pós menopausa	1
Gastrite	1
Úlcera péptica	1
Hérnia do hiato	1
Doença hematologia	1
Doença hepática	1
Colecistite	1
Cistite	1
Cálculo renal	1
Identificada, mas não nomeia	1

Observa-se na tabela anterior que a patologia cardiovascular com maior frequência é a hipertensão arterial (n=74). Em 23 idosos não se verificou qualquer patologia cardiovascular anterior. A maioria dos participantes não tem patologia neurológica (n=106), mas entre os que têm, o acidente vascular cerebral é a patologia mais frequente (n=10). Entre as patologias neuromusculares, não há nenhuma que se destaque em termos de frequência, mas a maioria dos idosos não tem antecedentes (n=113). O número de participantes que têm patologia músculo-esquelética (n=76) é superior ao número que não contam com patologias deste foro (n=69),

sendo a osteoporose a mais frequente (n=33). Pode-se afirmar que o número de idosos sem patologia endócrina (n=66) é superior ao número de idosos com patologia (n=58) e a diabetes foi a mais frequente (n=46). À maioria dos participantes não foi identificada nenhuma patologia psiquiátrica (n=111), sendo a depressão a patologia mais frequente (n=11) entre os que apresentaram. Por fim, foram questionados outros antecedentes e grande parte de idosos não apresentou (n=79). Pela elevada dispersão nestas respostas existem frequências baixas, sendo a superior a referente a neoplasia (n=7).

No que respeita à **questão 11** (“Medicação que atualmente está a ser administrada”), onde se informava o colaborador que poderia recorrer ao processo da pessoa idosa, ordenou-se as respostas segundo os resultados obtidos num estudo recente (tabela 20). Esse estudo refere que os grupos terapêuticos preditivos de queda são os antiepiléticos e anticonvulsivantes; psicofármacos; ansiolíticos, sedativos e hipnóticos; antipsicóticos; antidepressores; lítio; analgésicos estupefacientes; digitálicos; antihipertensores (diuréticos, modificadores do eixo renina angiotensina ou depressores da atividade adrenérgica); insulinas; e antidiabéticos orais (Costa-Dias *et al.*, 2013).

Tabela 20: Número de idosos que tomam o medicamento, por grupo terapêutico.

Grupos de medicação	Frequência
Anti-hipertensores	92
Anti-diabético oral	44
Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	39
Anti-depressores	17
Analgésicos estupefacientes	13
Psicofármacos	7
Digitálicos	7
Insulinas	6
Anti-epiléticos e anti-convulsivante	5
Antipsicóticos	4
Lítio	0
Outros	109

Obteve-se esta tabela de frequências somando o número de indivíduos que toma um certo fármaco pertencente a cada categoria (grupos de medicação). Destaca-se que o grupo de medicação maioritariamente usado pelas pessoas idosas foram os antihipertensores (n=92), seguindo-se de antidiabéticos orais (n=44) e ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (n=39). O lítio, não fez parte da medicação destes participantes.

A tabela síntese que se segue (tabela 21), resume a opinião do EEER quanto ao número total de fármacos administrado a cada participante (idoso).

Tabela 21: Quantidade de fármacos administrada a cada participante.

Toma de fármacos por participante	Frequência	Porcentagem
Nenhum fármaco	9	7,14
Um fármaco	8	6,35
Dois fármacos	5	3,97
Três fármacos	10	7,94
Quatro fármacos	7	5,56
Cinco fármacos	18	14,28
Mais que cinco fármacos	69	54,76
Total	126	100

A maioria dos participantes (n=69) toma mais do que cinco fármacos.

No que se refere à **questão 12** (“Andar é importante na sua vida?”), quando a resposta era afirmativa questionava-se a justificação. Sendo que todos os participantes que responderam fizeram-no afirmativamente (n=124), existiram dois omissos e alguns deram mais do que uma justificação (tabela 22).

Tabela 22: Importância do andar para o participante.

Porquê considera o andar importante?	Frequência
Faz bem à saúde	41
Permite a independência	32
Faz sentir-se bem	20
Permite realizar atividades de vida diárias	8
Distrai	8
Permite mobilizar-se	8
Melhora a circulação	7
Diminui o peso corporal	6
Permite sair de casa	5
Diminui dor	4
Aumenta a força muscular	3

Todos os participantes consideraram o andar importante, observa-se que a maioria tem uma razão para tal, onde apenas 2 são valores omissos. A maioria fundamentou também a importância do andar porque “Faz bem à saúde” (n=41) e “Permite a independência” (n=32).

Em relação à **questão 13** (Já teve alguma queda?) também se perguntava a frequência no último ano (tabela 23).

Tabela 23: História de queda dos participantes.

Já teve queda?		Se sim quando?		Frequência no último ano			
Variáveis	Frequência	Meses	Frequência			Frequência	
Não	30	-	-		-	-	
Sim	96	[1 - 12]	52	87	0	24	84
		]12 - 24]	11		1	35
		]24 - 36]	4		2	13
		]36 - 48]	1		3	5
		]48- 60]	2		4	1
		]60 - 72]	1		5	1
		> 72	16		6	3	
		Desconhecido	7		8	1	
			Várias	1			
Omissos	0	Omissos	2	Omissos	12		
Total	126						

Os resultados revelam que entre os 96 idosos que apresentaram quedas, a maioria disse ter ocorrido no último ano (n=52) e apenas uma vez (n=35).

Quanto à circunstância em que tinha ocorrido a queda, a tabela que se segue sintetiza a informação (tabela 24).

Tabela 24: Circunstâncias da queda dos participantes.

Legenda	Frequência
Tontura	12
Escorregou	11
Tropeçou	10
Desequilíbrio	7
Descer as escadas	6
Escorregou em piso molhado	5
Escorregou ao descer escadas	4
Escorregou ao descer rampa	4
Tropeçou na escuridão	4
Piso irregular	3
Diminuição de força nos membros inferiores	3
Contornar obstáculo	3
Subir as escadas	2
Uso de chinelos	2
Executava a marcha: em casa	2
Executava a marcha: em casa de banho	2
Executava a marcha: em calçada	2
Disfunção articular de um joelho	2
Escorregou em tapete	1
Escorregou com carga	1
Uso de auxiliar de marcha (canadiana, tripé, entre outras)	1
Marcha sem apoio	1
Tropeçou na soleira da porta	1
Tropeçou em passeio	1
Tropeçou em obstáculo	1
Subir árvore	1
Escadote	1
Desequilíbrio ao calçar-se	1
Executava a marcha	1
Executava a marcha: na fazenda	1
Executava a marcha: na estrada	1
Apanhar um objeto do chão	1
Alcoolizado	1
Sair do autocarro	1
Transferência da cadeira para a cama	1
Rapidez a fazer tarefa	1

Pode-se observar que os participantes caíram em circunstâncias bastante variadas, mas as mais frequentes foram: escorregar (onde alguns dos quais estão especificados), tonturas e tropeçar.

3.4.2 – Validação da FES-I Portugal

A FES-I é um instrumentos de avaliação do medo de cair em idosos residentes na comunidade. Entende-se por queda um evento não intencional, do qual resulta a mudança de posição do indivíduo, para um nível mais baixo, em relação à sua posição inicial (Beck *et al.*, 2011).

Num estudo realizado em idosos residentes na comunidade, a prevalência de uma queda no período de seis meses foi de 33,3%, contribuindo para esta percentagem 25% com uma ou duas quedas e 6,3% com três ou quatro quedas (Fhon *et al.*, 2013). A maior prevalência de quedas verificou-se em mulheres, tendo a queda ocorrido maioritariamente no quintal e na casa de banho. O medo de cair causa perda da confiança na realização das tarefas do quotidiano, restrição nas atividades sociais e aumento da dependência que pode levar ao descondicionamento (Melo, 2011).

A *Falls Efficacy Scale* (FES), construída por Tinetti, foi desenvolvida para avaliar o medo de cair aquando da realização de dez tarefas relacionadas com as AVD (Tinetti *et al.*, 1990). Mais tarde foi desenvolvida a FES-I com 16 itens (Yardley *et al.*, 2005), itens esses relacionados com AVD básicas, mais vocacionado para as pessoas idosas e avaliam o medo de cair na vida social (Melo, 2011), dos quais fazem parte:

1. Limpar a casa (ex.: passar pano, aspirar ou limpar o pó),
2. Vestir ou despir a roupa,
3. Preparar refeições simples,
4. Tomar banho ou duche,
5. Ir às compras,
6. Sentar ou levantar de uma cadeira,
7. Subir ou descer escadas,
8. Caminhar pela vizinhança,
9. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão,
10. Atender o telefone,
11. Andar sobre superfície escorregadia (ex.: chão molhado),

12. Visitar um amigo ou parente,
13. Andar em lugares com multidões,
14. Caminhar sobre superfície irregular (com pedras ou buracos),
15. Subir ou descer uma ladeira, e
16. Frequentar um evento social (ex.: acto religioso, reunião de família ou encontro no clube).

A pontuação total pode variar entre 16 (não se preocupa) e 64 (muito preocupado) (Yardley *et al.*, 2005). As vantagens desta escala são múltiplas, mas as mais enumeradas são o facto de incluir uma vasta gama de atividades e usar frases curtas e indicativas do contexto (Delbaere *et al.*, 2011).

A utilização de um instrumento adaptado e validado culturalmente permite garantir a fiabilidade dos resultados (Leung *et al.*, 2012; Marques-Vieira *et al.*, 2015; Sousa *et al.*, 2015) e contribui para o raciocínio clínico e diagnósticos de enfermagem mais acurados. A validação não estava prevista no projeto, no entanto, considerou-se uma vantagem poder fazê-la, uma vez que a evidência científica demonstrava que nos idosos residentes na comunidade o “medo de cair” está presente como fator relacionado de “andar comprometido” e fator de risco de “risco de quedas” sendo, muitas vezes, a sua presença responsável pela institucionalização dos idosos (Marques-Vieira *et al.*, 2016).

Integrou-se a FES-I Portugal no instrumento de colheita de dados, na **questão 14**, onde se teve em consideração salvaguardar a possibilidade da pessoa idosa não fazer determinada atividade (por exemplo, alguém que lhe fosse às compras), solicitando-se então que respondesse de maneira a mostrar como se sentiria em relação à mesma se tivesse a hipótese de realizá-la. Pedia-se, ainda, para se posicionar em relação à sua preocupação no que diz respeito à possibilidade de cair, numa escala entre 1 a 4 (onde 1 significava “nem um pouco preocupado”; 2 significava “um pouco preocupado”; 3 significava “muito preocupado” e; 4 significava “extremamente preocupado”).

A literatura recomenda que a dimensão da amostra, necessária para uma análise fatorial, seja entre 10 a 20 indivíduos por item, e que o mínimo de indivíduos por item seja cinco (Gorsuch, 2003). Tal como foi referido no início da seção 3.4, considerou-se 170 idosos para o estudo de validação da escala, indo assim ao encontro, não só da recomendação de Gorsuch (2003), mas também de Sousa *et al.* (2015), onde se reitera que deve de haver um mínimo de 10 pessoas por item para a validação. Neste caso, tem-se em média 10,625 indivíduos por item. Segue-se a tabela com a síntese desta informação (tabela 25).

Tabela 25: Resumo da informação referente ao número de instrumentos de colheita de dados na FES-I Portugal.

Instrumentos de Colheita de Dados	Frequência	Percentagem
Anulados	3	0,85
Não anulados	340	96,05
Devolvidos em branco	11	3,10
Total	354	100

Dos 354 instrumentos devolvidos, três foram anulados, e 11 foram devolvidos em branco. Ou seja, contou-se com uma amostra de 340 instrumentos de colheita de dados, que representa 170 pessoas idosas observadas, uma vez que estes responderam na totalidade a estas questões, podendo assim cumprir as recomendações dos autores supracitados.

Na validação da FES-I Portugal seguiu-se as recomendações do estudo da FES-I original (Yardley *et al.*, 2005), e que foi seguida por outros autores para validação da escala noutros países (Marques-Vieira *et al.*, 2016), exceto no cálculo das correlações de *Pearson* entre itens (Yardley *et al.*, 2005), uma vez que esta só é indicada para dados quantitativos contínuos e, eventualmente, para dados discretos se a multiplicidade de valores for muito grande (Grove *et al.*, 2013), e na FES-I os dados são qualitativos ordinais, pelo que se calculou o coeficiente de correlação de Spearman.

Avaliou-se a fiabilidade interna pelo coeficiente alfa de Cronbach para cada um dos dois domínios e para as 16 questões em conjunto. Não se retiraram itens.

A fiabilidade interobservador é definida como a consistência com que o instrumento mede o atributo, neste caso entre dois observadores diferentes. Esta indica a reprodutibilidade de uma medida, isto é, a capacidade de reproduzir o mesmo resultado quando se aplica o instrumento repetidamente em sujeitos em que não houve alteração do seu estado (Sousa, 2015). A fiabilidade deve ser o primeiro passo para validar um instrumento que, embora surja como condição necessária, não é suficiente para a mesma (Marôco & Garcia-Marques, 2006). A fiabilidade interobservador foi calculada através do coeficiente de concordância *Kappa* de Cohen, que nesta amostra foi de 0,62. Cujo resultado pode ser interpretado através da tabela seguinte (tabela 26). Outra forma de calcular a fiabilidade interobservador é através do coeficiente de correlação inter-classe (Sousa *et al.*, 2015).

Tabela 26: Classificação da concordância de Cohen.

Resultado	Classificação
< 0	Má
[0 – 0,2[	Razoável
[0,2 – 0,45[	Moderada
[0,45 – 0,75[	Considerável
[0,75 – 1[	Quase Perfeita
1	Perfeita

Fonte: Cohen (1960).

No caso da FES-I Portugal entre o EG e o EEER o coeficiente de correlação inter-classe para a pontuação total é de 0,859 com intervalo de confiança de 95% (0,810; 0,896).

A estrutura interna da FES-I foi avaliada por análise fatorial (AF) exploratória, permitindo, assim, determinar a validade do construto e interpretar os fatores. A AF consiste numa técnica de modelação linear geral, que tem por objetivo identificar um conjunto reduzido de variáveis latentes (fatores), que permitem explicar a estrutura correlacional

observada entre um conjunto de variáveis manifestas ou itens (Sousa *et al.*, 2015). Optou-se pela AF exploratória, uma vez que a população do estudo apresenta particularidades distintas da população em que o instrumento foi originalmente validado (Yardley *et al.*, 2005; Grove *et al.*, 2013). Esta ferramenta multivariada, visa identificar os itens mais relacionados entre si, constituindo os fatores. A identificação dos itens baseia-se na análise das cargas fatoriais, sendo que estas determinam qual o fator a que o item está mais associado. A AF teve por base o instrumento preenchido pelo EEER, num total de 170 nas questões em estudo. Na AF considerou-se dois fatores, tal como Delbaere e seus colaboradores (2011) defendem para esta escala (avalia as preocupações da pessoa relativamente a atividades básicas e a atividades mais exigentes, tanto físicas como sociais). O “Fator 1” reporta a atividades menos exigentes e o “Fator 2” a atividades mais exigentes. No processo de desenvolvimento das matrizes da AF exploratória, realiza-se a rotação dos eixos das estruturas fatoriais que obedecem a um de dois critérios de rotação: ortogonal ou oblíqua. Na rotação ortogonal, um ângulo de 90° é mantido durante este processo, permitindo assim que os fatores se mantenham não correlacionados. Este tipo de rotação é utilizada para maximizar as elevadas correlações e minimizar as inferiores (Martinez & Ferreira, 2007). Um dos métodos mais popular é o método *varimax*. O critério *do scree plot* consiste em representar num gráfico os valores próprios associados a cada fator (Cattell, 1966). A retenção dos fatores faz-se até ao momento em que começa a inflexão da curva (cotovelo). De acordo com este critério, é neste ponto que se obtém o número mínimo de fatores (Pais-Ribeiro, 2007; Marôco, 2010a).

Para se poder aplicar a AF é necessário que os vários itens sejam correlacionados, e cujas correlações não sejam muito pequenas (Anderson, 1958). Este pressuposto pode ser validado com base na Medida de Adequabilidade de Kaiser-Meyer-Holkin (KMO) que, neste estudo, apresentou um valor de 0,95. Segundo Kaiser este valor é considerado muito bom, indicando que é possível prosseguir com a análise fatorial. No

que se refere a este critério apresentamos resumidamente a informação na tabela que se segue (tabela 27).

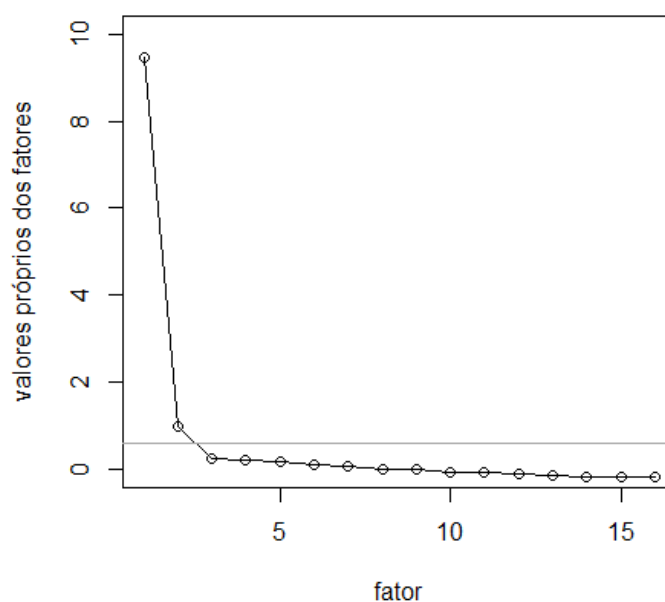
Tabela 27: Valores de referência para a interpretação de KMO.

Valores de referência e seu significado	KMO	Critérios de Kaiser
	0,9 - 1,0	Muito bom
	0,8 - 0,9	Bom
	0,7 - 0,8	Média
	0,6 - 0,7	Razoável
	0,5 - 0,6	Má
	< 0,5	Inaceitável

Fonte: Kaiser (1974).

Nesta escala, quer o *scree plot* (figura 9) do instrumento preenchido pelo EEER, quer a percentagem da variância total explicada pelos fatores (~66%), levam a corroborar a atribuição de dois fatores para esta escala. As cargas fatoriais correspondem às correlações entre cada uma das 16 questões e cada fator, sendo geralmente designadas por *loadings* dos fatores.

Figura 9: *Scree plot* de análise fatorial da FES-I Portugal.



As cargas fatoriais referentes a cada questão, podem ser visualizadas na tabela 28.

Estão destacadas com a cor cinza, as cargas fatoriais correspondentes ao fator que melhor representa cada questão, ou seja, a carga fatorial com valor mais elevado para cada questão. Geralmente, os valores críticos utilizados para avaliar a significância de um fator rondam 0,5 ou 0,6. Neste estudo, considerou-se que as cargas fatoriais acima de 0,5 eram significativas. Assim, é possível associar as questões 1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 12 e 16 ao domínio “preocupações do idoso relativamente a atividades menos exigentes, a nível social e físico” (Fator 1) e as questões 7, 9, 11, 13, 14 e 15 ao domínio “preocupações do idoso relativamente a atividades mais exigentes” (Fator 2) (tabela 28).

Tabela 28: Análise fatorial referente à FES-I Portugal com dois fatores.

	Questões da FES-I Portugal	Fator 1*	Fator 2*
Fator 1	1: Limpar a casa (ex.: passar pano, aspirar ou limpar o pó)	0,552	0,464
	2: Vestir ou despir a roupa	0,786	0,236
	3: Preparar refeições simples	0,760	0,269
	4: Tomar banho ou duche	0,641	0,429
	5: Ir às compras	0,698	0,387
	6: Sentar ou levantar de uma cadeira	0,717	0,389
	8: Caminhar pela vizinhança	0,598	0,568
	10: Atender o telefone	0,690	0,234
	12: Visitar um amigo ou parente	0,670	0,428
Fator 2	16: Frequentar um evento social (ex.: acto religioso, reunião de família ou encontro no clube)	0,617	0,576
	7: Subir ou descer escadas	0,468	0,680
	9: Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	0,489	0,549
	11: Andar sobre superfície escorregadia (ex.: chão molhado)	0,251	0,792
	13: Andar em lugares com multidões	0,469	0,680
	14: Caminhar sobre superfície irregular (com pedras ou buracos)	0,315	0,844
	15: Subir ou descer uma ladeira	0,294	0,806

Legenda: Fator 1 - Atividades físicas menos exigentes e, Fator 2 - Mais exigentes.

* Com este método, não houve necessidade de optar pelo *loading* mais baixo.

A percentagem de variância explicada pelo “Fator 1” foi de 34,4% e pelo “Fator 2” foi de 30,8%, o que equivale a um total para os dois fatores de 65,2%, indo ao encontro das conclusões de Delbaere e seus

colaboradores, que referem que esta escala tem excelentes propriedades psicométricas (Delbaere *et al.*, 2011).

A associação entre os dois domínios (fatores) que compõem a escala FES-I pode também ser avaliada com base no coeficiente de correlação. Tal como referido anteriormente, neste estudo considerou-se o coeficiente de correlação de Spearman. A correlação observada foi de 0,839, o que reflete uma associação elevada entre os dois domínios. Note-se que a representar cada domínio está a soma das pontuações obtidas nas várias questões que os compõem. Lucy Yardley e seus colaboradores concluíram que da AF que realizaram surgiu um fator subjacente unitário, com duas dimensões que avaliam a preocupação com atividades físicas menos exigentes, principalmente em casa, bem como a preocupação sobre atividades físicas mais exigentes, principalmente fora de casa (Yardley *et al.*, 2005). Verificou-se que a FES-I apresentava uma solução unifatorial de modo a permitir a utilização de uma única medida obtida através da agregação de todos os itens (Yardley *et al.*, 2005). Segue-se a tabela com os resultados para a FES-I Portugal (tabela 29).

Tabela 29: Análise fatorial referente à FES-I Portugal com um fator.

Questões da FES-I Portugal		Fator 1*
Fator 1	1: Limpar a casa (ex.: passar pano, aspirar ou limpar o pó)	0,723
	2: Vestir ou despir a roupa	0,727
	3: Preparar refeições simples	0,732
	4: Tomar banho ou duche	0,762
	5: Ir às compras	0,774
	6: Sentar ou levantar de uma cadeira	0,789
	7: Subir ou descer escadas	0,806
	8: Caminhar pela vizinhança	0,827
	9: Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	0,735
	10: Atender o telefone	0,660
	11: Andar sobre superfície escorregadia (ex.: chão molhado)	0,712
	12: Visitar um amigo ou parente	0,783
	13: Andar em lugares com multidões	0,807
	14: Caminhar sobre superfície irregular (com pedras ou buracos)	0,793
	15: Subir ou descer uma ladeira	0,754
	16: Frequentar um evento social (ex.: acto religioso, reunião de família ou encontro no clube)	0,847

Legenda: *A marcação foi feita tendo em conta fatoriais acima de 0,5.

Todas as questões adequam-se a um sistema com uma dimensão. A percentagem da variância total explicada por um fator único é de 58,6%, sendo mais baixa do que na situação em que se consideram dois fatores, o que significa que os dois fatores conseguem refletir melhor as características dos dados que eram expressas pela diferenciação das questões.

Calculou-se ainda as correlações entre os 16 itens, cuja média das correlações foi de 0,5842 (mínimo de 0,3644 e máximo de 0,8114) onde se considerou o coeficiente de correlação de Spearman porque os dados são de natureza qualitativa ordinal. A magnitude das correlações deve ser interpretada de acordo com a tabela que se segue (tabela 30).

Tabela 30: Classificação da magnitude das correlações.

Resultados	Classificação
<0,3	fraca magnitude
$\geq 0,3$ a < 0,5	moderada magnitude
$\geq 0,5$ com nível de significância de 5% ($p < 0,05$)	forte magnitude

Fonte: Murakami & Scattolin (2010).

O ponto de corte será também calculado. A pontuação somada da FES-I, varia entre os 16 (não se preocupa) e os 64 (muito preocupado) (Yardley *et al.*, 2005). Segundo Leung, e seus colaboradores, a FES-I apresenta validade critério adequada (acurácia entre 0,70 e 0,90) (Leung *et al.*, 2012). Delbaere e seus colaboradores encontraram no seu estudo os valores de referência de pontos de corte: baixa preocupação (16 a 19 valores), moderada preocupação (20 a 27 valores) e alta preocupação (28 a 64 valores) (Delbaere *et al.*, 2010). Na FES-I Brasil o ponto de corte para diferenciar entre os idosos que caíram, dos que não caíram, foi o ponto 23 (47% de sensibilidade e 66% de especificidade) e para pontuação 31 identificou-se uma associação com queda recorrente (100% de sensibilidade e 87% de especificidade) (Camargos *et al.*, 2010). Já na FES-I Austrália foram definidos pontos de corte para diferenciar entre baixa e alta preocupação (16-22 e 23-64) e entre baixa, moderada e alta preocupação (16-19, 20-27 e 28-64) (Delbaere *et al.*, 2010). Na versão

turca o ponto de corte para diferenciar as pessoas com medo de cair e as pessoas sem medo de cair foi o ponto 24 (área sob a curva 0,70, sensibilidade 70% e especificidade 65%) (Ulus *et al.*, 2012). Os idosos com uma pontuação superior a 24 pontos devem ser informados sobre as precauções para reduzir os fatores de risco de quedas, mas, a restrição de atividades físicas e sociais, devido ao medo de cair deve ser evitada (Marques-Vieira *et al.*, 2016). A FES-I é desviada/divergente para avaliar as pessoas com níveis mais baixos de preocupação sobre a queda (este efeito provavelmente resulta numa baixa sensibilidade e alterações nas intervenções) (Delbaere *et al.*, 2011). Valores mais elevados da FES-I encontram-se em pessoas que têm história de quedas. Verificaram-se pontuações mais elevadas na FES-I em participantes com história de queda (Kempen *et al.*, 2007; Delbaere *et al.*, 2010). A análise da sensibilidade e especificidade foi usada para verificar se a FES-I seria capaz de discriminar corretamente as pessoas idosas com história de queda (independentemente do número de quedas). Para identificar esse critério ideal e a efetividade geral do sistema de classificação, utilizou-se a curva *receiver operating characteristic* (ROC) (Camargos *et al.*, 2010). A curva ROC é o gráfico que representa a sensibilidade (taxa de verdadeiros positivos), confrontada com 1- especificidade (especificidade= taxa de verdadeiros negativos). A área abaixo da curva (AUC) ROC igual a 1,00 representa a perfeita diferenciação pela pontuação com 100% de sensibilidade e 100% de especificidade. Uma AUC de 0,50 significa que não há capacidade do modelo diferenciar, ou seja, não há melhor do que o acaso, já uma AUC de 0,70 geralmente é considerada moderada e uma AUC de 0,80 é elevada e indica que os instrumentos conseguem classificar bem e têm um bom desempenho (Angst *et al.*, 2012). O índice de *Youden* (J) é obtido pela fórmula descrita na figura seguinte (figura 10).

Figura 10: Fórmula do índice de Youden.

$$\text{Índice de J} = \text{Sensibilidade} + \text{Especificidade} - 1$$

Este índice (J) varia entre 0 e 1, com valores próximos de 1 indicando precisão perfeita e valores próximos de 0 indicando precisão obtida por mero acaso. O ponto de corte é obtido a partir do melhor índice obtido (Youden, 1950).

Recentemente foi validada a escala de quedas de Morse em Portugal, cujos autores para definir o melhor ponto de corte recorreram à *receiver operator curve* (ROC), e para definir a validade preditiva da escala basearam-se no cálculo da sensibilidade e especificidade, do valor preditivo positivo e negativo, da AUC ROC e, ainda, através do índice J (Costa-Dias *et al.*, 2014), tal como foi a nossa opção.

Neste caso concreto da FES-I Portugal, os resultados obtidos são apresentados na tabela seguinte (tabela 31).

Tabela 31: Sensibilidade e especificidade da FES-I aplicada aos idosos.

FES-I Portugal (variáveis a serem comparadas)	AUC	Sensibi- -lidade %	Especifi- -cidade %	Ponto de Corte	J	Valor p
EG/Queda	0,694	65,32	70,21	32	0,3554	0,0001
EEER/Queda	0,692	71,32	58,54	29	0,2985	0,0001
Andar Comprometido/EG	0,864	77,67	83,82	33	0,6149	0,0001
Andar Comprometido/EEER	0,867	71,70	90,77	35	0,6247	0,0001
Andar Comprometido/Idoso pelo EG	0,854	75,00	84,13	33	0,5913	0,0001
Andar Comprometido/Idoso pelo EEER	0,866	70,64	91,94	35	0,6258	0,0001
Risco de Quedas/EG	0,909	73,55	95,92	32	0,6947	0,0001
Risco de Quedas/EEER	0,924	77,19	94,64	32	0,7184	0,0001
Risco de Quedas/Idoso pelo EG	0,864	74,14	83,33	32	0,5747	0,0001
Risco de Quedas/Idoso pelo EEER	0,925	77,88	94,64	32	0,7252	0,0001

Legenda: O valor p permite avaliar a significância estatística do índice J.

De acordo com a tabela anterior, para o EEER o ponto de corte da FES-I Portugal foi de 32, ou seja, é possível para predizer o risco de queda a pontuação é maior que 32 (sensibilidade 73,55%; especificidade de 95,92%). Na perspetiva do idoso (via EEER) o ponto de corte da FES-I

Portugal foi de 35, ou seja, para predizer o risco de queda é quando o valor é 35 (sensibilidade 70,64%; especificidade de 91,94%). O ponto de corte para a FES-I Portugal na perspetiva do enfermeiro generalista para predizer a ocorrência de queda é de 32 (sensibilidade 65,32%; especificidade de 70,21%). Na perspetiva do EG o ponto de corte da FES-I Portugal para predizer o “andar comprometido” é de 33 (sensibilidade 77,67%; especificidade de 83,82%). Para o EEER o ponto de corte da FES-I Portugal para predizer o “andar comprometido” é de 35 (sensibilidade 71,70%; especificidade de 90,77%). Na perspetiva do idoso (observado pelo EG) o ponto de corte da FES-I Portugal para predizer o “andar comprometido” é de 33 (sensibilidade 75%; especificidade de 84,13%). Na perspetiva do idoso (observado pelo EEER) o ponto de corte da FES-I Portugal para predizer “andar comprometido” é de 35 (sensibilidade 70,64%; especificidade de 91,94%). O ponto de corte da FES-I Portugal que permite predizer a queda na perspetiva do EEER é 29 (sensibilidade 71,32%; especificidade de 58,54%). O ponto de corte da FES-I Portugal para predizer o risco de queda na perspetiva do idoso (observado pelo EG) é de 32 (sensibilidade 74,14%; especificidade de 83,33%). O ponto de corte da FES-I Portugal para predizer o risco de queda na perspetiva do idoso (observado pelo EEER) é de 32 (sensibilidade 77,88%; especificidade de 94,64%).

O J da FES-I Portugal varia entre 0,3554 e 0,7184.

3.4.3 – Diagnóstico de enfermagem “andar comprometido”

A segunda parte do instrumento de colheita de dados é referente ao diagnóstico de enfermagem “andar comprometido”. No que respeita às **questões 15 e 16** (“O colaborador considera que o participante tem o diagnóstico de enfermagem andar comprometido presente?” e “O participante considera que tem o diagnóstico de enfermagem andar comprometido presente?”), obteve-se como respostas o que se descreve na tabela seguinte (tabela 32), no que respeita a concordâncias e

discordâncias, quer em relação à opinião do colaborador (EG/EEER), quer em relação ao participante (idoso) relativamente à presença de “andar comprometido”.

Tabela 32: Opinião do idoso e dos colaboradores em relação à presença do “andar comprometido”.

Andar Comprometido			Opinião do Enfermeiro					
			Sim		Não		Total	
			EG	EEER	EG	EEER	EG	EEER
Opinião do Idoso	Sim	n	80	79	5	6	85	85
		%	63,49%	62,70%	3,97%	4,76%	67,46%	67,46%
	Não	n	3	2	38	39	41	41
		%	2,38%	1,59%	30,16%	30,95%	32,54%	32,54%
	Total	n	83	81	42	45	126	126
		%	65,87%	64,29%	34,13%	35,71%	100%	100%

Pode-se concluir da análise dos casos concordantes que os idosos e os EG identificaram 80 pessoas com o diagnóstico de “andar comprometido”, e a par da opinião dos idosos e dos EEER foram identificadas 79 pessoas com “andar comprometido”. Ainda, no que respeita aos concordantes, mas desta vez dos idosos que não têm o “andar comprometido”, obteve-se uma frequência de 38 e 39, respetivamente, para opinião do idoso e EG e opinião do idoso e EEER. Obteve-se concordância em 93,65% (n=118) da opinião idoso e EG e 93,65% (n=118) da opinião idoso e EEER. As discordâncias não chegam no seu total a representar 7%. Lembra-se que em caso de discordância entre os colaboradores prevalecia a opinião do EEER.

Termina-se realçando que a prevalência do diagnóstico “andar comprometido” é de 64,3% para a opinião do enfermeiro e 67,5% para a opinião do idoso.

3.4.3.1 – Características definidoras de “andar comprometido”

No que respeita à **questão 17**, referente às características definidoras do diagnóstico “andar comprometido”, obteve-se como respostas o que se descreve nas tabelas seguintes. Inicia-se a análise dos resultados da frequência da amostra na sua totalidade (n=126), ordenadas decrescentemente em relação à percentagem da opinião do EEER (tabela 33).

Tabela 33: Características definidoras de “andar comprometido”, segundo o colaborador, em 126 idosos com inquéritos válidos.

Características definidoras (n=17)	Frequência		Proporções	
	EG	EEER	EG	EEER
*Capacidade comprometida para descer em plano inclinado	88	86	0,698	0,683
Capacidade comprometida da velocidade da marcha	87	82	0,698	0,667
Capacidade comprometida para alterar a velocidade da marcha	85	83	0,683	0,667
Capacidade comprometida para caminhar determinadas distâncias em determinado tempo (cadência, tempo de ciclo, ciclo de marcha, tempo de apoio, comprimento da passada)	85	82	0,675	0,659
*Capacidade comprometida para caminhar em superfícies irregulares	84	81	0,667	0,643
Andar comprometido em terreno acidentado (avaliação no exterior em piso asfaltado e calçadado)	83	81	0,659	0,643
Capacidade comprometida de descer escadas	81	80	0,643	0,643
*Capacidade comprometida para subir em plano inclinado	82	81	0,651	0,643
*Capacidade comprometida para subir escadas	81	80	0,643	0,635
Capacidade comprometida para andar durante o tempo requerido	70	75	0,556	0,603
Postura alterada	70	73	0,556	0,579
*Capacidade comprometida para caminhar a distância necessária	65	69	0,516	0,563
*Capacidade comprometida para contornar o lancil	64	67	0,516	0,54
Andar comprometido na mudança de postura (virar a cabeça, inclinando-se)	60	65	0,476	0,516
Andar comprometido perante outros desafios (estímulos auditivos e visuais)	56	59	0,444	0,468

Legenda: *Característica definidora classificada na NANDA-I.

Características definidoras (n=17) (cont.)	Frequência		Proporções	
	EG	EEER	EG	EEER
Capacidade comprometida para andar para a frente em superfície plana	45	57	0,357	0,452
Claudicação intermitente	52	46	0,413	0,365

Legenda: *Característica definidora classificada na NANDA-I.

Da análise da tabela destaca-se que a característica definidora mais observada foi “capacidade comprometida para descer em plano inclinado”, que foi observada em 88 e 86 idosos, no que respeita, aos EG e EEER. Entre as mais observadas (numa percentagem superior a 50% nos EEER) encontram-se oito características definidoras que não estão descritas na NANDA-I (“capacidade comprometida da velocidade da marcha”, “capacidade comprometida para alterar a velocidade da marcha”, “capacidade comprometida para caminhar determinadas distâncias em determinado tempo”, “andar comprometido em terreno acidentado”, “capacidade comprometida de descer escadas”, “capacidade comprometida para andar durante o tempo requerido”, “postura alterada” e “andar comprometido na mudança de postura”). Por sua vez, as características definidoras menos observadas pelo EEER (numa percentagem inferior a 50%), foram três: “claudicação intermitente”, “capacidade comprometida para andar para a frente em superfície plana” e “andar comprometido perante outros desafios”, características definidoras essas que apenas emergiram da RSL.

Na tabela que se segue (tabela 34) ordena-se a TF obtida nas características definidoras na opinião dos colaboradores, referente aos participantes que consideram que tem o diagnóstico de enfermagem “andar comprometido” (n=81), e respetiva classificação inerente, ou seja, as características definidoras com frequência igual ou superior a 80% foram classificadas como principais, as características definidoras que tiveram frequência superior a 50% e inferior a 80% como secundárias, e as características que tiveram frequência inferior a 50% foram consideradas irrelevantes (Fehring, 1987, 1994).

Tabela 34: Características definidoras, segundo os colaboradores, nos idosos com o andar comprometido presente.

Características definidoras (n=17)	Frequência		TF	Classificação
	EG	EEER		
Capacidade comprometida para caminhar determinadas distâncias em determinado tempo (cadência, tempo de ciclo, ciclo de marcha, tempo de apoio, comprimento da passada)	74	75	0,9306	Principal
*Capacidade comprometida para descer em plano inclinado	73	74	0,9186	Principal
*Capacidade comprometida para caminhar em superfícies irregulares	72	72	0,9114	Principal
Andar comprometido em terreno acidentado (avaliação no exterior em piso asfaltado e calcetado)	72	73	0,9061	Principal
Capacidade comprometida da velocidade da marcha	70	72	0,8973	Principal
*Capacidade comprometida para subir escadas	71	73	0,8757	Principal
Capacidade comprometida de descer escadas	71	74	0,8682	Principal
*Capacidade comprometida para subir em plano inclinado	71	73	0,8652	Principal
Capacidade comprometida para alterar a velocidade da marcha	67	72	0,8205	Principal
Capacidade comprometida para andar durante o tempo requerido	59	69	0,7258	Secundária
*Capacidade comprometida para caminhar a distância necessária	56	64	0,6983	Secundária
Postura alterada	63	66	0,6614	Secundária
*Capacidade comprometida para contornar o lancil	56	60	0,6427	Secundária
Andar comprometido na mudança de postura (virar a cabeça, inclinando-se)	52	59	0,5929	Secundária
Andar comprometido perante outros desafios (estímulos auditivos e visuais)	48	53	0,5063	Secundária
Claudicação intermitente	44	43	0,4696	Irrelevante
Capacidade comprometida para andar para a frente em superfície plana	41	54	0,4450	Irrelevante

Legenda: *Característica definidora classificada na NANDA-I.

Conclui-se da análise da tabela anterior que existem nove características definidoras principais (“capacidade comprometida para caminhar determinadas distâncias em determinado tempo”, “capacidade comprometida para descer em plano inclinado”, “capacidade comprometida para caminhar em superfícies irregulares”, “andar comprometido em terreno acidentado”, “capacidade comprometida da velocidade da marcha”, “capacidade comprometida para subir escadas”, “capacidade

comprometida de descer escadas”, “capacidade comprometida para subir em plano inclinado” e “capacidade comprometida para alterar a velocidade da marcha”). Destas nove, quatro não estão contempladas na NANDA-I (“capacidade comprometida para caminhar determinadas distâncias em determinado tempo”, “andar comprometido em terreno acidentado”, “capacidade comprometida da velocidade da marcha” e “capacidade comprometida de descer escadas”). Seis indicadores clínicos são secundários (“capacidade comprometida para andar durante o tempo requerido”, “capacidade comprometida para caminhar a distância necessária”, “postura alterada”, “capacidade comprometida para contornar lancil”, “andar comprometido na mudança de postura” e “andar comprometido perante outros desafios”), dos quais apenas dois estão descritos na NANDA-I (“capacidade comprometida para caminhar a distância necessária” e “capacidade comprometida para contornar o lancil”). Duas são características definidoras irrelevantes (“claudicação intermitente” e “capacidade comprometida para andar para a frente em superfície plana”), e que apenas emergiram da RSL.

Através da aplicação dos dois critérios anteriormente enunciados para o diagnóstico “andar comprometido” presente, verificou-se concordância interobservador em 118 dos casos em relação à presença do diagnóstico, em que em 79 dos casos eram concordantes com a opinião do idosos. Em oito casos existiu concordância em relação à ausência deste diagnóstico, o que representa cerca de 93,5% total de concordâncias (tabela 32). Na tabela que se segue sintetiza-se a informação, relativa a cada característica definidora, através da comparação entre as frequências do idoso e do enfermeiro, neste caso o EEER, ordenados decrescentemente em relação à opinião do idoso (tabela 35). Salvaguarda-se que só aos idosos que afirmavam ter “andar comprometido” presente é que era questionado se tinha presente ou ausente cada indicador clínico.

Tabela 35: Distribuição das características definidoras de “andar comprometido” segundo o participante e o colaborador (EEER).

Características definidoras de andar comprometido (n=17)	Participante (Idoso)		Colaborador (Enfermeiro- EEER)	
	Sim (n=85)		Sim (n=81)	
	Frequência	%	Frequência do EEER	TF
*Capacidade comprometida para descer em plano inclinado	79	92,9	74	0,9186
Capacidade comprometida para caminhar determinadas distâncias em determinado tempo (cadência, tempo de ciclo, ciclo de marcha, tempo de apoio, comprimento da passada)	78	91,8	75	0,9306
*Capacidade comprometida para subir escadas	78	91,8	73	0,8757
Capacidade comprometida de descer escadas	77	90,6	74	0,8682
*Capacidade comprometida para caminhar em superfícies irregulares	77	90,6	72	0,9114
Andar comprometido em terreno acidentado (avaliação no exterior em piso asfaltado e calçadado)	76	89,4	73	0,9061
*Capacidade comprometida para subir em plano inclinado	76	89,4	73	0,8652
Capacidade comprometida da velocidade da marcha	75	88,2	72	0,8973
Capacidade comprometida para alterar a velocidade da marcha	75	88,2	72	0,8205
Capacidade comprometida para andar durante o tempo requerido	71	83,5	69	0,7258
*Capacidade comprometida para caminhar a distância necessária	68	80	64	0,6983
Postura alterada	61	71,8	66	0,6614
*Capacidade comprometida para contornar o lancil	60	70,6	60	0,6427
Andar comprometido na mudança de postura (virar a cabeça, inclinando-se)	60	70,6	59	0,5929
Andar comprometido perante outros desafios (estímulos auditivos e visuais)	55	64,7	53	0,5063
Capacidade comprometida para andar para a frente em superfície plana	52	61,2	54	0,4450
Claudicação intermitente	43	50,6	43	0,4696

Legenda: *Característica definidora classificada na NANDA-I.

Da análise da informação partilhada na tabela anterior constata-se que entre as características definidoras enumeradas pelos participantes que afirmaram ter o diagnóstico de enfermagem “andar comprometido” presente, há 11 com uma frequência acima de 80%: [“capacidade comprometida para descer em plano inclinado”, “capacidade comprometida

para caminhar determinadas distâncias em determinado tempo”, “capacidade comprometida para subir escadas”, “capacidade comprometida de descer escadas”, “capacidade comprometida para caminhar em superfícies irregulares”, “andar comprometido em terreno acidentado (avaliação no exterior em piso asfaltado e calçadão)”, “capacidade comprometida para subir em plano inclinado”, “capacidade comprometida da velocidade da marcha”, “capacidade comprometida para alterar a velocidade da marcha”, “capacidade comprometida para andar durante o tempo requerido” e “capacidade comprometida para caminhar a distância necessária”]; onde seis destas 11 não estão classificadas na NANDA-I: “capacidade comprometida para caminhar determinadas distâncias em determinado tempo”, “capacidade comprometida de descer escadas”, “andar comprometido em terreno acidentado”, “capacidade comprometida da velocidade da marcha”, “capacidade comprometida para alterar a velocidade da marcha” e “capacidade comprometida para andar durante o tempo requerido”.

Ao comparar a coluna das frequências entre o participante e o colaborador, percebe-se que maioritariamente existiu concordância, onde apenas oscilou no máximo numa frequência de cinco, mas em dois há mesmo sobreposição de informação (“capacidade comprometida para contornar o lancil” e “claudicação intermitente”).

3.4.3.2 – Fatores relacionados de “andar comprometido”

Ao dar-se continuidade à **questão 17**, referente aos fatores relacionados do diagnóstico “andar comprometido”, obteve-se como respostas o que se descreve nas tabelas seguintes. Destaca-se que “envelhecimento (idade ≥ 65 anos)” por ser critério de inclusão no estudo e “institucionalização” por ser critério de exclusão no estudo não serão considerados.

Inicia-se a análise dos resultados da frequência da amostra na sua totalidade (n=126), ordenadas decrescentemente em relação à percentagem da opinião do EEER (tabela 36).

Tabela 36: Fatores relacionados de “andar comprometido”, segundo o colaborador, em 126 idosos com inquéritos válidos.

Fatores relacionados (n=34)	Frequência		Porporções	
	EG	EEER	EG	EEER
Envelhecimento (idade ≥ 65 anos)	---	---	---	---
Medicação (ex.: antidepressivos, antihipertensores, antipsicóticos, benzodiazepinas, inibidores da colisterase, diuréticos, anti-inflamatórios não esteroides, sedativos e hipnóticos)	104	107	0,825	0,857
Sexo feminino	104	104	0,825	0,833
Compromisso cardiorrespiratório	98	103	0,778	0,825
*Medo de cair	103	101	0,817	0,81
*Diminuição da condição física	89	92	0,706	0,746
*Diminuição na resistência	81	85	0,643	0,69
*Dor	78	82	0,619	0,659
*Equilíbrio comprometido	79	73	0,627	0,587
Problemas de sono	71	73	0,571	0,587
*Força muscular insuficiente	73	71	0,579	0,579
Fadiga	74	70	0,587	0,571
Gestão de problemas dos pés e do calçado (ex.: estética, conforto e segurança)	61	71	0,484	0,571
*Visão comprometida	63	68	0,5	0,556
*Barreiras ambientais (ex.: escadas, inclinações, superfícies irregulares, obstáculos inseguros, distâncias, falta de dispositivos ou pessoa de assistência, restrições)	65	66	0,595	0,54
Perceção de capacidade de andar em segurança comprometida	56	60	0,444	0,476
*Compromisso músculo-esquelético	60	58	0,476	0,46
Apoio de marcha (ex.: andarilho de rodas duplas, bengala, bengala de quatro apoios, canadianas)	56	57	0,444	0,452
Crenças (ex.: educação e religião, comportamento sedentário)	42	53	0,333	0,429
*Obesidade	57	52	0,452	0,413
*Conhecimento insuficiente sobre as estratégias de mobilidade	44	51	0,349	0,413
Atrofia da massa muscular	39	46	0,31	0,381
Numerosas atividades ou tarefas a desempenhar em simultâneo	40	38	0,317	0,302
Problemas de audição	37	34	0,294	0,278
Compromisso neurológico	33	29	0,262	0,238
Andar com ajuda de terceiros	35	28	0,278	0,23
*Alteração no humor	27	27	0,214	0,214
*Compromisso neuromuscular	26	24	0,206	0,198
Alteração da saúde mental (ex.: sintomas depressivos)	20	18	0,159	0,143

Legenda: *Fator relacionado classificado na NANDA-I.

Fatores relacionados (n=34) (cont.)	Frequência		Porporções	
	EG	EEER	EG	EEER
Período de recuperação pós-cirurgia	10	16	0,079	0,127
*Alteração na função cognitiva	15	15	0,119	0,119
Ausência de suporte social (ex.: desvalorização sociofamiliar)	19	10	0,151	0,079
Hipotensão ortostática (gestão postural)	2	2	0,016	0,016
Institucionalização	---	---	---	----

Legenda: *Fator relacionado classificado na NANDA-I.

Da análise da tabela destaca-se que entre os fatores relacionados mais observados (numa percentagem superior a 50% nos EEER), num total de 14, encontram-se sete que não estão descritas na NANDA-I (“medicação”, “sexo feminino”, “compromisso cardiorrespiratório”, “problemas de sono”, “fadiga” e “gestão de problemas dos pés e do calçado”). Por sua vez, os fatores relacionados menos observadas pelo EEER (numa percentagem inferior a 50%), num total de 18, seis estão listados na NANDA-I (“compromisso músculo-esquelético”, “obesidade”, “conhecimento insuficiente sobre as estratégias de mobilidade”, “alteração no humor”, “compromisso neuromuscular” e “alteração na função cognitiva”).

Na tabela que se segue (tabela 37) ordena-se a TF obtida nos fatores relacionados na opinião dos colaboradores, referente aos participantes que consideram que tem o diagnóstico de enfermagem andar comprometido (n=81), e respetiva classificação.

Tabela 37: Fatores relacionados, segundo os colaboradores, nos idosos com o “andar comprometido” presente.

Fatores relacionados (n=34)	Frequência		TF	Classificação
	EG	EEER		
Envelhecimento (idade ≥ 65 anos)	---	---	---	---
*Medo de cair	76	77	0,9682	Principal
*Diminuição da condição física	74	76	0,9122	Principal
Medicação (ex.: antidepressivos, antihipertensores, antipsicóticos, benzodiazepinas, inibidores da colisterase, diuréticos, anti-inflamatórios não esteroides, sedativos e hipnóticos)	68	71	0,8440	Principal

Legenda: *Fator relacionado classificado na NANDA-I.

Fatores relacionados (n=34) (cont.)	Frequência		TF	Classificação
	EG	EEER		
Sexo feminino	64	64	0,8205	Principal
*Diminuição na resistência	64	69	0,7851	Secundário
*Barreiras ambientais (e como é ex., escadas, inclinações, superfícies irregulares, obstáculos inseguros, distâncias, falta de dispositivos ou pessoa de assistência, restrições)	58	57	0,7721	Secundário
*Equilíbrio comprometido	68	68	0,7684	Secundário
Compromisso cardiorrespiratório	62	65	0,7619	Secundário
*Força muscular insuficiente	62	66	0,7016	Secundário
Fadiga	61	57	0,6468	Secundário
Apoio de marcha (ex.: andador de rodas duplas, bengala, bengala de quatro apoios, canadianas)	52	54	0,6446	Secundário
*Dor	58	62	0,6312	Secundário
Problemas de sono	52	56	0,6240	Secundário
Gestão de problemas dos pés e do calçado (estética, conforto e segurança)	49	56	0,4919	Irrelevante
*Visão comprometida	45	53	0,4876	Irrelevante
*Compromisso músculo-esquelético	45	42	0,4790	Irrelevante
*Obesidade	40	40	0,4655	Irrelevante
Percepção de capacidade de andar em segurança comprometida	46	49	0,4606	Irrelevante
Crenças (ex.: educação e religião, comportamento sedentário)	33	34	0,4079	Irrelevante
Atrofia da massa muscular	36	45	0,3997	Irrelevante
*Conhecimento insuficiente sobre as estratégias de mobilidade	37	41	0,3618	Irrelevante
Andar com ajuda de terceiros	32	28	0,3390	Irrelevante
Compromisso neurológico	25	23	0,2840	Irrelevante
Numerosas atividades ou tarefas a desempenhar em simultâneo	26	31	0,2788	Irrelevante
Problemas de audição	26	26	0,2735	Irrelevante
*Alteração no humor	23	23	0,2628	Irrelevante
*Compromisso neuromuscular	19	19	0,2311	Irrelevante
Alteração da saúde mental (ex.: sintomas depressivos)	14	14	0,1749	Irrelevante
*Alteração na função cognitiva	13	13	0,1410	Irrelevante
Ausência de suporte social (ex.: desvalorização sociofamiliar)	16	10	0,1469	Irrelevante
Período de recuperação pós-cirurgia	9	14	0,1202	Irrelevante
Hipotensão ortostática (gestão postural)	2	2	0,0256	Irrelevante
Institucionalização	---	---	---	---

Legenda: *Fator relacionado classificado na NANDA-I.

Da análise da tabela anterior conclui-se que existem quatro fatores relacionados principais [“medo de cair”, “diminuição da condição física”, “medicação (ex.: antidepressivos, antihipertensores, antipsicóticos, benzodiazepinas, inibidores da colisterase, diuréticos, anti-inflamatórios não esteroides, sedativos e hipnóticos)” e “sexo feminino”]. Destes quatro,

dois não estão contemplados na NANDA-I, ou seja, emergiram da RSL [“medicação (ex.: antidepressivos, antihipertensores, antipsicóticos, benzodiazepinas, inibidores da colisterase, diuréticos, anti-inflamatórios não esteroides, sedativos e hipnóticos)” e “sexo feminino”]. Nove fatores relacionados foram classificados como secundários [“diminuição na resistência”, “barreiras ambientais (ex.: escadas, inclinações, superfícies irregulares, obstáculos inseguros, distâncias, falta de dispositivos ou pessoa de assistência, restrições)”, “equilíbrio comprometido”, “compromisso cardiorrespiratório”, “força muscular insuficiente”, “fadiga”, “apoio de marcha (ex.: andarilho de rodas duplas, bengala, bengala de quatro apoios, canadianas)”, “dor” e “problemas de sono”]. Entre estes, quatro não estão contemplados na NANDA-I [compromisso cardiorrespiratório”, “fadiga”, “apoio de marcha (ex.: andarilho de rodas duplas, bengala, bengala de quatro apoios, canadianas)”, e “problemas de sono”]. Fatores relacionados classificados como irrelevantes são um total de 19, sete contemplados na NANDA-I (“visão comprometida”, “compromisso músculo-esquelético”, “obesidade”, “conhecimento insuficiente sobre as estratégias de mobilidade”, “alteração no humor”, “compromisso neuromuscular” e “alteração na função cognitiva”).

Através da aplicação dos dois critérios anteriormente enunciados para o diagnóstico “andar comprometido” presente, verificou-se concordância interobservador em 118 dos casos em relação à presença do diagnóstico, dos quais 79 dos casos eram concordantes com a opinião dos idosos. Em oito casos existiu concordância em relação à ausência deste diagnóstico, o que representa cerca de 93,5% total de concordâncias (tabela 32). Na tabela seguinte sintetiza-se a informação relativa a cada fator relacionado, através da comparação entre as frequências do idoso e do enfermeiro, ordenados decrescentemente em relação à opinião do idoso (tabela 38). Relembra-se que só aos idosos que afirmavam ter o diagnóstico presente é que era questionado se tinha presente ou ausente cada fator relacionado.

Tabela 38: Distribuição dos fatores relacionados do “andar comprometido”, segundo o participante e o colaborador.

Fatores relacionados de andar comprometido (n=34)	Participante (Idoso)		Colaborador (Enfermeiro)	
	Sim (n=85)		Sim (n=81)	
	Frequência	%	Frequência do EEER	TF
Envelhecimento (idade ≥ 65 anos)	---	---	---	---
*Medo de cair	81	95,3	77	0,9682
*Diminuição da condição física	80	94,1	76	0,9122
Medicação (ex.: antidepressivos, antihipertensores, antipsicóticos, benzodiazepinas, inibidores da colisterase, diuréticos, anti-inflamatórios não esteroides, sedativos e hipnóticos)	78	91,8	71	0,8440
*Diminuição na resistência	77	90,6	69	0,7851
Sexo feminino	70	82,4	64	0,8205
*Barreiras ambientais (ex.: escadas, inclinações, superfícies irregulares, obstáculos inseguros, distâncias, falta de dispositivos ou pessoa de assistência, restrições)	68	80	57	0,7721
*Equilíbrio comprometido	69	81,2	68	0,7684
Compromisso cardiorrespiratório	71	83,5	65	0,7619
*Força muscular insuficiente	73	85,9	66	0,7016
Fadiga	65	76,5	57	0,6468
Apoio de marcha (ex.: andador de rodas duplas, bengala, bengala de quatro apoios, canadianas)	55	64,7	54	0,6446
*Dor	67	78,8	62	0,6312
Problemas de sono	60	70,6	56	0,6240
Gestão de problemas dos pés e do calçado (estética, conforto e segurança)	60	70,6	56	0,4919
*Visão comprometida	58	68,2	53	0,4876
*Compromisso músculo-esquelético	46	54,1	42	0,4790
*Obesidade	42	49,4	40	0,4655
Percepção de capacidade de andar em segurança comprometida	53	62,4	49	0,4606
Crenças (ex.: educação e religião, comportamento sedentário)	45	52,9	34	0,4079
Atrofia da massa muscular	27	52,9	45	0,3997
*Conhecimento insuficiente sobre as estratégias de mobilidade	40	47,1	41	0,3618
Andar com ajuda de terceiros	28	32,9	28	0,3390
Compromisso neurológico	25	29,4	23	0,2840
Numerosas atividades ou tarefas a desempenhar em simultâneo	33	38,8	31	0,2788
Problemas de audição	28	32,9	26	0,2735
*Alteração no humor	27	31,8	23	0,2628
*Compromisso neuromuscular	20	23,5	19	0,2311
Alteração da saúde mental (ex.: sintomas depressivos)	16	18,8	14	0,1749

Legenda: *Fator relacionado classificado na NANDA-I.

Fatores relacionados de andar comprometido (n=34) (cont.)	Participante (Idoso)		Colaborador (Enfermeiro)	
	Sim (n=85)		Sim (n=81)	
	Frequência	%	Frequência do EEER	TF
*Alteração na função cognitiva	17	20	13	0,1410
Ausência de suporte social (ex.: desvalorização sociofamiliar)	12	14,1	10	0,1469
Período de recuperação pós-cirurgia	13	15,3	14	0,1202
Hipotensão ortostática (gestão postural)	2	2,4	2	0,0256
Institucionalização	---	---	---	---

Legenda: *Fator relacionado classificado na NANDA-I.

Da análise da tabela anterior constata-se que o “medo de cair” e a “diminuição da condição física” são os dois fatores relacionados com enumerações acima dos 90%, quer para os idosos, quer para os enfermeiros. A distribuição dos fatores relacionados acima dos 80% enunciados pelos participantes são um total de nove [“medo de cair”, “diminuição da condição física”, “medicação (ex.: antidepressivos, antihipertensores, antipsicóticos, benzodiazepinas, inibidores da colisterase, diuréticos, anti-inflamatórios não esteroides, sedativos e hipnóticos)”, “diminuição na resistência”, “sexo feminino”, “barreiras ambientais (ex.: escadas, inclinações, superfícies irregulares, obstáculos inseguros, distâncias, falta de dispositivos ou pessoa de assistência, restrições)”, “equilíbrio comprometido”, “compromisso cardiorrespiratório” e “força muscular insuficiente”], destas, num total de três não estão classificadas na NANDA-I [“medicação (ex.: antidepressivos, antihipertensores, antipsicóticos, benzodiazepinas, inibidores da colisterase, diuréticos, anti-inflamatórios não esteroides, sedativos e hipnóticos)”, “sexo feminino” e “compromisso cardiorrespiratório”].

Ao comparar a coluna das frequências entre o participante e o colaborador, percebe-se que maioritariamente existiu concordância, exceto em dois, com uma oscilação de frequência de menos 11 para o EEER [“barreiras ambientais (ex.: escadas, inclinações, superfícies irregulares, obstáculos inseguros, distâncias, falta de dispositivos ou pessoa de assistência, restrições)” e “crenças (ex.: educação e religião, comportamento sedentário)”. Pode-se justificar esta diferença pelo facto

de as primeiras respostas serem obtidas através da observação do enfermeiro e as segundas serem do idoso, sendo que as “barreiras ambientais” não são observáveis se o enfermeiro estiver no Centro de Saúde, as “crenças” também não são observáveis. A “atrofia da massa muscular” verificou-se uma oscilação contrária, num total de 18 de frequência. Destaca-se no entanto que há sobreposição de informação (“andar com ajuda de terceiros” e “hipotensão ortostática”).

3.4.4 – Diagnóstico de enfermagem “risco de quedas”

A terceira parte do instrumento de colheita de dados é referente ao diagnóstico de enfermagem “risco de quedas”. No que respeita à **questão 18 e 19** (“O colaborador considera que o participante tem o diagnóstico de enfermagem risco de quedas presente?” e “O participante considera que tem o diagnóstico de enfermagem risco de quedas presente?”), obteve-se como respostas o que se descreve na tabela seguinte (tabela 39), no que respeita a concordâncias e discordâncias, quer em relação à opinião do colaborador (EG/EEER), quer em relação ao participante (idoso) relativamente à presença de “risco de quedas”.

Tabela 39: Opinião do idoso e dos colaboradores em relação à presença do “risco de quedas”.

Risco de Quedas			Opinião do Enfermeiro					
			Sim		Não		Total	
			EG	EEER	EG	EEER	EG	EEER
Opinião do Idoso	Sim	n	87	89	3	1	90	90
		%	69,6%	71,2%	2,4%	0,8%	72%	72%
	Não	n	4	7	31	28	35	35
		%	3,2%	5,6%	24,8%	22,4%	28%	28%
	Total	n	91	96	34	29	125	125
		%	72,8%	76,8%	27,2%	23,2%	100%	100%

Nota: Existiu um valor omissor.

Das 126 observações um foi valor omissor. Da análise dos casos concordantes salienta-se que nos resultados dos idosos e os EG foram identificados 87 diagnósticos de “risco de quedas”, e nos resultados referentes aos idosos e aos EEER foram identificadas 89 pessoas com “risco de quedas”. Ainda, no que respeita aos concordantes, mas desta vez dos idosos que não têm presente o “risco de quedas”, obteve-se uma frequência de 31 e 28, para opinião do idoso e EG e opinião do idosos e EEER, respetivamente. Obteve-se concordância em 94,4% (n=118) da opinião do idoso e do EG e 93,6% (n=117) da opinião do idoso e do EEER. As discordâncias não chegam no seu total a representar 6,4%. Recorda-se que em caso de discordância entre os colaboradores prevalecia a opinião do EEER.

Finaliza-se afirmando que a prevalência do diagnóstico “risco de quedas” é de 68,3% para a opinião do enfermeiro e 63,5% para a opinião do idoso.

3.4.4.1 - Fatores de risco de “risco de quedas”

No que respeita à **questão 20**, referente aos fatores de risco de “risco de quedas”, obteve-se como respostas o que se descreve nas tabelas seguintes. Inicia-se a análise dos resultados da frequência da amostra na sua totalidade (n=126), ordenadas decrescentemente em relação à percentagem da opinião do EEER (tabela 40). Alerta-se que sendo a “idade \geq 65 anos” critério de inclusão no estudo não foi considerado este fator de risco, tal como anteriormente.

Tabela 40: Fatores de risco de “risco de quedas” segundo o colaborador, em 126 idosos com inquéritos válidos.

Fatores de risco do risco de quedas (n=64)	Frequência		Proporções	
	EG	EE ER	EG	EEER
*Idade ≥ a 65 anos	---	---	---	---
Polimedicação	106	111	0,841	0,881
*Fármacos	106	107	0,841	0,849
Comorbilidades	103	105	0,817	0,833
Sexo feminino	104	104	0,825	0,825
Medo de cair	104	102	0,825	0,81
Medicação antihipertensiva	91	93	0,722	0,746
*História de quedas	89	91	0,706	0,722
*Dificuldade na marcha	83	81	0,659	0,643
*Compromisso da mobilidade	27	27	0,619	0,627
*Compromisso do equilíbrio	80	77	0,635	0,611
*Diminuição na força das extremidades inferiores	78	81	0,619	0,651
Tonturas	80	75	0,635	0,595
Hipertensão arterial	74	73	0,587	0,587
Ansiedade	74	73	0,587	0,579
Declínio nas ABVD	67	71	0,54	0,571
*Compromisso visual	61	70	0,484	0,571
*Insônia	73	68	0,579	0,54
Relato de pior saúde física	63	65	0,5	0,524
Baixo nível educacional	46	50	0,484	0,5
Dor crônica	59	62	0,468	0,492
Perímetro abdominal elevado	63	57	0,5	0,468
Função sensoriomotora reduzida	52	53	0,413	0,429
*Condições que afetam os pés	51	53	0,405	0,421
Obesidade	57	51	0,452	0,405
Síndrome metabólica	55	51	0,437	0,405
*Alteração de glicemia	51	50	0,405	0,397
Baixo rendimento familiar	46	50	0,365	0,397
*Uso de auxiliar de marcha (ex.: andador, canadiana, cadeira de rodas)	54	48	0,444	0,389
*Doença vascular	40	42	0,317	0,333
Uso de chinelos	44	41	0,349	0,325
Compromisso da função executiva	43	38	0,349	0,31
Benzodiazepinas	36	36	0,286	0,286
*Uso de tapetes soltos	36	34	0,333	0,278
Ambiente sem instalação de barras de apoio ou corrimão, com presença de obstáculos (ex.: a soleira da porta)	35	31	0,302	0,262
*Compromisso da audição	37	33	0,294	0,262
*Viver sozinho	32	31	0,254	0,246
*Doença aguda	30	30	0,238	0,238
*Urgência urinária	33	35	0,262	0,294
*Material antiderrapante insuficiente na casa de banho	26	26	0,238	0,214
*Défice proprioceptivo	16	24	0,127	0,198
*Incontinência	20	17	0,159	0,143
*Período de recuperação pós-cirúrgica	10	16	0,087	0,127
Alteração na função cognitiva	15	15	0,119	0,119

Legenda: *Fator de risco classificado na NANDA-I.

Fatores de risco de quedas (n=64) (cont.)	Frequência		Proporções	
	EG	EE ER	EG	EEER
*Ambiente não familiar	17	14	0,151	0,111
*Prótese do membro inferior	17	14	0,135	0,111
*Exposição a condições de insegurança relacionadas com as condições climáticas (ex.: piso molhado, gelo)	13	9	0,151	0,095
Osteoporose	10	12	0,079	0,095
*Uso de contensões	11	10	0,119	0,087
Sintomas depressivos/Depressão	12	11	0,095	0,087
*Neoplasia	9	8	0,071	0,063
*Iluminação insuficiente	8	7	0,087	0,056
*Artrite	7	7	0,056	0,056
*Consumo de álcool	11	6	0,087	0,048
*Neuropatia	6	6	0,048	0,048
*Diarreia	6	6	0,048	0,048
*Desmaio ao virar o pescoço	5	6	0,04	0,048
*Ambiente desorganizado	10	4	0,103	0,04
Insuficiência de vitamina D	7	5	0,071	0,04
Doença pulmonar obstrutiva crônica	55	51	0,04	0,04
*Desmaio ao estender o pescoço	5	5	0,04	0,04
*Anemia	2	2	0,016	0,016
Minoria étnica (ex.: negro)	4	1	0,032	0,008
*Hipotensão ortostática	0	0	0	0
Baixo nível de albumina sérica	0	0	0	0

Legenda: *Fator de risco classificado na NANDA-I.

Entre os fatores de risco mais observados (numa percentagem superior, ou igual, a 50% pelos EEER), num total de 19 fatores de risco, encontram-se 11 que não estão contemplados na NANDA-I (“polimedicação”, “comorbilidades”, “sexo feminino”, “medo de cair”, “medicação antihipertensiva”, “tonturas”, “hipertensão arterial” e “ansiedade”, “declínio nas ABVD”, “relato de pior saúde física” e “baixo nível educacional”). Por sua vez, entre os fatores de risco menos observados pelo EEER, numa percentagem inferior a 50%, num total de 45, 28 são enumeradas pela NANDA-I [“condições que afetam os pés”, “alteração de glicémia”, “uso de auxiliar de marcha (ex.: andarilho, canadiana, cadeira de rodas)”, “doença vascular”, “uso de tapetes soltos”, “compromisso da audição”, “viver sozinho”, “doença aguda”, “urgência urinária”, “material antiderrapante insuficiente na casa de banho”, “défice proprioceptivo”, “incontinência”, “período de recuperação pós-cirúrgica”, “ambiente não familiar”, “prótese do membro inferior”, “exposição a condições de

insegurança relacionadas com as condições climáticas (ex.: piso molhado, gelo), “uso de contenções”, “neoplasia”, “iluminação insuficiente”, “artrite”, “consumo de álcool”, “neuropatia”, “diarreia”, “desmaio ao virar o pescoço”, “ambiente desorganizado”, “desmaio ao estender o pescoço”, “anemia” e “hipotensão ortostática”]. Recorre-se à tabela seguinte (tabela 41) onde se ordena decrescentemente os resultados obtidos na TF dos fatores de risco de “risco de quedas”, apenas na amostra dos idosos que têm o diagnóstico presente, na opinião dos colaboradores (n=86) e respetiva classificação.

Tabela 41: Fatores de risco, segundo os colaboradores, nos idosos com o “risco de quedas” presente.

Fatores de risco de risco de quedas (n=64)	Frequência		TF	Classificação
	EG	EEER		
*Idade ≥ a 65 anos	---	---	---	---
*História de quedas	87	88	0,950	Principal
Comorbilidades	80	82	0,8692	Principal
Sexo feminino	73	73	0,8202	Principal
Polimedicação	77	82	0,8230	Principal
*Dificuldade na marcha	76	76	0,8347	Principal
*Fármacos	79	82	0,8334	Principal
Medo de cair	73	74	0,7609	Secundária
*Compromisso da mobilidade	76	74	0,7480	Secundária
*Compromisso do equilíbrio	74	72	0,7281	Secundária
Medicação antihipertensiva	67	69	0,6918	Secundária
Tonturas	74	70	0,6880	Secundária
*Diminuição na força das extremidades inferiores	71	74	0,6834	Secundária
Declínio nas ABVD	65	70	0,6599	Secundária
*Insónia	58	55	0,5849	Secundária
Ansiedade	61	62	0,5590	Secundária
Dor crónica	51	53	0,5580	Secundária
Hipertensão arterial	57	55	0,5351	Secundária
*Uso de auxiliar de marcha (ex.: andarilho, canadiana, cadeira de rodas)	52	48	0,5287	Secundária
Relato de pior saúde física	57	61	0,5140	Secundária
Baixo nível educacional	52	54	0,4751	Irrelevante
Obesidade	47	45	0,4704	Irrelevante
Síndrome metabólico	45	42	0,4613	Irrelevante
*Compromisso visual	49	61	0,4611	Irrelevante
Perímetro abdominal elevado	49	47	0,4543	Irrelevante
*Alteração de glicémia	41	41	0,4503	Irrelevante
Função sensoriomotora reduzida	50	52	0,4347	Irrelevante
*Condições que afetam os pés	45	45	0,4068	Irrelevante
Baixo rendimento familiar	40	41	0,3846	Irrelevante

Legenda: *Fator de risco classificado na NANDA-I

Fatores de risco de quedas (n=64) (cont.)	Frequência		TF	Classificação
	EG	EEER		
Compromisso da função executiva	41	46	0,3592	Irrelevante
*Doença vascular	34	34	0,3563	Irrelevante
*Uso de tapetes soltos	25	25	0,3516	Irrelevante
Benzodiazepinas	31	32	0,3458	Irrelevante
Ambiente sem instalação de barras de apoio ou corrimão, com presença de obstáculos (ex.: a soleira da porta)	26	27	0,3041	Irrelevante
Uso de chinelos	34	31	0,3006	Irrelevante
*Compromisso da audição	30	28	0,2892	Irrelevante
*Material antiderrapante insuficiente na casa de banho	22	22	0,2844	Irrelevante
*Urgência urinária	30	32	0,2826	Irrelevante
*Doença aguda	24	25	0,2722	Irrelevante
*Viver sozinho	21	21	0,2307	Irrelevante
*Incontinência	19	16	0,1757	Irrelevante
*Défice proprioceptivo	15	24	0,1727	Irrelevante
*Prótese do membro inferior	17	14	0,1644	Irrelevante
*Ambiente não familiar	15	13	0,1528	Irrelevante
Alteração na função cognitiva	13	13	0,1410	Irrelevante
*Uso de contenções	11	9	0,1331	Irrelevante
*Exposição a condições de insegurança relacionadas com as condições climáticas (ex.: piso molhado, gelo)	11	8	0,1303	Irrelevante
*Período de recuperação pós-cirúrgica	9	14	0,1202	Irrelevante
Sintomas depressivos/Depressão	11	10	0,1167	Irrelevante
*Iluminação insuficiente	6	7	0,0971	Irrelevante
Osteoporose	8	10	0,0943	Irrelevante
*Ambiente desorganizado	8	4	0,0942	Irrelevante
*Artrite	7	7	0,0787	Irrelevante
*Consumo de álcool	9	4	0,0680	Irrelevante
*Neoplasia	6	6	0,0659	Irrelevante
*Desmaio ao virar o pescoço	5	6	0,0581	Irrelevante
*Neuropatia	5	5	0,0562	Irrelevante
*Desmaio ao estender o pescoço	5	5	0,0522	Irrelevante
Insuficiência de vitamina D	4	3	0,0479	Irrelevante
Doença pulmonar obstrutiva crónica	4	3	0,0389	Irrelevante
*Diarreia	3	4	0,0375	Irrelevante
Minoria étnica (ex.: negro)	4	1	0,0274	Irrelevante
*Anemia	2	2	0,0225	Irrelevante
*Hipotensão ortostática	0	0	0,0000	Irrelevante
Baixo nível de albumina sérica	0	0	0,0000	Irrelevante

Legenda: *Fator de risco classificado na NANDA-I

Conclui-se da análise da tabela anterior que existem seis fatores de risco principais (“história de quedas”, “comorbilidades”, “sexo feminino”, “polimedicção”, “dificuldade na marcha” e “fármacos”) e três não estão contemplados na NANDA-I (“comorbilidades”, “sexo feminino” e “polimedicção”). Treze são classificados como secundários (“medo de cair”, “compromisso da mobilidade”, “compromisso do equilíbrio”,

“medicação antihipertensiva”, “tonturas”, “diminuição na força das extremidades inferiores”, “declínio nas ABVD”, “insônia”, “ansiedade”, “dor crônica”, “hipertensão arterial”, “uso de auxiliar de marcha (ex.: andador, canadiana, cadeira de rodas)” e “relato de pior saúde física”), dos quais oito não estão contemplados na NANDA-I (“medo de cair”, “medicação antihipertensiva”, “tonturas”, “declínio nas ABVD”, “ansiedade”, “dor crônica”, “hipertensão arterial” e “relato de pior saúde física”). A maioria são fatores de risco são irrelevantes, num total de 45, entre os quais 27 estão descritos na NANDA-I [“compromisso visual”, “alteração de glicemia”, “condições que afetam os pés”, “doença vascular”, “uso de tapetes soltos”, “compromisso da audição”, “material antiderrapante insuficiente na casa de banho”, “urgência urinária”, “doença aguda”, “viver sozinho”, “incontinência”, “défice proprioceptivo”, “prótese do membro inferior”, “ambiente não familiar”, “uso de contenções”, “exposição a condições de insegurança relacionadas com as condições climáticas (ex.: piso molhado, gelo)”, “período de recuperação pós-cirúrgica”, “iluminação insuficiente”, “ambiente desorganizado”, “artrite”, “consumo de álcool”, “neoplasia”, “desmaio ao virar o pescoço”, “neuropatia”, “desmaio ao estender o pescoço”, “diarreia” e “anemia”].

Através da aplicação dos dois critérios anteriormente enunciados para o diagnóstico “risco de quedas”, verificou-se concordância interobservador em 87 dos casos em relação à presença do diagnóstico, em que em 89 dos casos eram concordantes com a opinião do idoso. Em 28 dos casos existiu concordância em relação à ausência deste diagnóstico, o que representa 22,4% de concordâncias (tabela 39). A tabela seguinte sintetiza a informação, relativa a cada fator de risco, através da comparação entre as frequências do idoso e do enfermeiro, ordenados decrescentemente em relação à opinião do idoso (tabela 42). Só aos idosos que afirmavam ter “risco de quedas” presente é que era questionado se tinha presente ou ausente cada etiologia.

Tabela 42: Distribuição dos fatores de risco de “risco de quedas” segundo o participante e o colaborador.

Fatores de risco de risco de quedas	Participante (Idoso)		Colaborador (Enfermeiro)	
	Sim (n=90)		Sim (n=96)	
	Frequência	%	Frequência EEER	TF
*Idade ≥ a 65 anos	---	---	---	---
Medo de cair	88	97,8	74	0,7609
Polimedicção	84	93,3	82	0,8230
Comorbilidades	83	92,2	82	0,8692
*Fármacos	83	92,2	82	0,8334
*Dificuldade na marcha	79	87,8	76	0,8347
*História de quedas	76	84,4	88	0,9500
Sexo feminino	75	83,3	73	0,8202
*Compromisso da mobilidade	75	83,3	74	0,7480
*Diminuição na força das extremidades inferiores	74	82,2	74	0,6834
*Compromisso do equilíbrio	72	80	72	0,7281
Medicação antihipertensiva	70	77,8	69	0,6918
Tonturas	69	76,7	70	0,6880
Declínio nas ABVD	69	76,7	70	0,6599
Ansiedade	65	72,2	62	0,5590
*Compromisso visual	62	68,9	61	0,4611
Relato de pior saúde física	60	66,7	61	0,5140
Hipertensão arterial	56	62,2	55	0,5351
*Insônia	55	61,1	55	0,5849
Baixo nível educacional	55	61,1	54	0,4751
Dor crônica	53	58,9	53	0,5580
Função sensoriomotora reduzida	52	57,8	52	0,4347
*Uso de auxiliar de marcha (ex.: andador, canadiana, cadeira de rodas)	49	54,4	48	0,5287
Perímetro abdominal elevado	49	54,4	47	0,4543
Obesidade	45	50	45	0,4704
*Condições que afetam os pés	44	48,9	45	0,4068
Baixo rendimento familiar	43	47,8	41	0,3846
*Alteração de glicemia	43	47,8	41	0,4503
Síndrome metabólico	41	45,6	42	0,4613
Ambiente sem instalação de barras de apoio ou corrimão, com presença de obstáculos (ex.: a soleira da porta)	38	42,2	27	0,3041
*Uso de tapetes soltos	37	41,1	25	0,3516
Compromisso da função executiva	36	40	46	0,3592
*Material antiderrapante insuficiente na casa de banho	36	40	22	0,2844
*Doença vascular	34	37,8	34	0,3563
*Urgência urinária	34	37,8	32	0,2826
Benzodiazepinas	32	35,6	32	0,3458
Uso de chinelos	32	35,6	31	0,3006
*Viver sozinho	30	33,3	21	0,2307
*Compromisso da audição	27	30	28	0,2892
*Doença aguda	25	27,8	25	0,2722
*Défice proprioceptivo	24	26,7	24	0,1727

Legenda: *Fator de risco classificado na NANDA-I.

Fatores de risco de risco de quedas (cont.)	Participante (Idoso)		Colaborador (Enfermeiro)	
	Sim (n=90)		Sim (n=96)	
	Frequência	%	Frequência EEER	Taxa de Fiabilidade
*Exposição a condições de insegurança relacionadas com as condições climatéricas (ex.: piso molhado, gelo)	21	23,3	8	0,1303
Alteração na função cognitiva	17	18,9	13	0,1410
*Incontinência	16	17,8	16	0,1757
*Ambiente não familiar	15	16,7	13	0,1528
*Prótese do membro inferior	14	15,6	14	0,1644
*Período de recuperação pós-cirúrgica	14	15,6	14	0,1202
*Uso de contenções	13	14,4	9	0,1331
*Ambiente desorganizado	11	12,2	4	0,0942
Sintomas depressivos/Depressão	10	11,1	10	0,1167
*Iluminação insuficiente	9	10	7	0,0971
Osteoporose	9	10	10	0,0943
*Artrite	7	7,8	7	0,0787
*Consumo de álcool	5	5,6	4	0,0680
*Neoplasia	6	6,7	6	0,0659
*Desmaio ao virar o pescoço	5	5,6	6	0,0581
*Neuropatia	5	5,6	5	0,0562
*Desmaio ao estender o pescoço	4	4,4	5	0,0522
*Diarreia	4	4,4	4	0,0375
Insuficiência de vitamina D	3	3,3	3	0,0479
Doença pulmonar obstrutiva crónica	3	3,3	3	0,0389
*Anemia	2	2,2	2	0,0225
Minoria étnica (ex.: negro)	1	1,1	1	0,0274
*Hipotensão ortostática	0	0,0	0	0,0000
Baixo nível de albumina sérica	0	0,0	0	0,0000

Legenda: *Fator de risco classificado na NANDA-I.

A informação partilhada na tabela anterior reflete que a distribuição dos fatores de risco enumerados pelos participantes que afirmaram ter o diagnóstico de enfermagem “risco de quedas” presente, superior, ou igual a 80% estão um total de 10 (“medo de cair”, “polimedicação”, “comorbilidades”, “fármacos, dificuldade na marcha”, “história de quedas”, “sexo feminino”, “compromisso da mobilidade”, “diminuição na força das extremidades inferiores”, “compromisso do equilíbrio”), destas quatro não estão classificadas na NANDA-I (“medo de cair”, “polimedicação”, “comorbilidades” e “sexo feminino”).

Ao comparar a coluna das frequências entre o participante e o colaborador, percebe-se que maioritariamente existiu concordância, onde oscilou no máximo numa frequência de 14 (“medo de cair”), destaca-se que

em 23 há mesmo sobreposição de frequência [“compromisso do equilíbrio”, “insônia”, “dor crônica”, “função sensoriomotora reduzida”, “obesidade”, “doença vascular”, “benzodiazepinas”, “doença aguda”, “défice proprioceptivo”, “incontinência”, “prótese do membro inferior”, “período de recuperação pós-cirúrgica”, “sintomas depressivos/depressão”, “artrite”, “neoplasia”, “neuropatia”, “diarreia”, “insuficiência de vitamina D”, “doença pulmonar obstrutiva crônica”, “anemia”, “minorias étnicas (ex.: negro)”, “hipotensão ortostática” e “baixo nível de albumina sérica”].

3.4.5 – Sensibilidade, especificidade e valor preditivo das características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco

É fundamental conhecer a classificação das características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco relevantes para cada um dos diagnósticos, no entanto, pode-se revelar insuficiente, se atendermos ao facto de que algumas características definidoras/fatores relacionados/fatores de risco foram considerados relevantes para os participantes com os diagnósticos presentes, quer ausentes. O cálculo da especificidade, sensibilidade, valor preditivo positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN) das características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem “andar comprometido” e fatores de risco de “risco de quedas” contribui para a clarificação da relevância que têm no diagnóstico respetivo.

Por sensibilidade entende-se, segundo Oliveira (2009), a taxa de verdadeiros positivos, isto é, a probabilidade uma pessoa idosa que tenha o diagnóstico de “andar comprometido” apresentar a característica definidora ou o fator relacionado (considerados testes), bem como a probabilidade de a pessoa idosa que tenha “risco de quedas” apresentar o fator de risco (considerado o teste). Por sua vez, a especificidade refere-se à taxa de verdadeiros negativos, ou seja, a probabilidade da pessoa idosa que não tenha “andar comprometido” não ter presente a característica definidora ou o fator relacionado. O VPP representa a probabilidade de um

idoso ter presente determinada característica definidora quando tem o diagnóstico de enfermagem “andar comprometido” presente, já o VPN representa a probabilidade de um idoso não ter presente determinada característica definidora quando não tem presente o diagnóstico “andar comprometido” (Oliveira, 2009). Estes dois últimos relacionam-se com os primeiros, mas dependem da prevalência do diagnóstico (Oliveira, 2009).

Calculou-se a sensibilidade, especificidade, VPP e VPN para as várias características definidoras (tabela 43), fatores relacionados (tabela 44) e fatores de risco (tabela 45), que estão ordenadas dentro das suas classificações e de forma decrescente em relação à sensibilidade. Para estabelecer a presença ou ausência das características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco, considerou-se a opinião do EEER, critério esse pré-estabelecido.

Tabela 43: Sensibilidade, especificidade, VPP e VPN das características definidoras de “andar comprometido”.

Classifi- -cação	Características definidoras (n=17)	Sensibilidade	Especificidade	VPP	VPN
Principalis n=9	*Capacidade comprometida para descer em plano inclinado	0,9610	0,7391	0,8605	0,9189
	Capacidade comprometida para caminhar determinadas distâncias em determinado tempo	0,9494	0,8298	0,9036	0,9070
	Andar comprometido em terreno acidentado	0,9481	0,8261	0,9012	0,9048
	*Capacidade comprometida para subir em plano inclinado	0,9481	0,8261	0,9012	0,9048
	Capacidade comprometida de descer escadas	0,9367	0,8511	0,9136	0,8889
	*Capacidade comprometida para subir escadas	0,9359	0,8478	0,9125	0,8864
	*Capacidade comprometida para caminhar em superfícies irregulares	0,9351	0,8043	0,8889	0,8810

Legenda: *Característica definidora classificada na NANDA-I.

Classifi- -cação	Características definidoras (n=17) (cont.)	Sensibilidade	Especificidade	VPP	VPN
Principais n=9	Capacidade comprometida da velocidade da marcha	0,9231	0,7447	0,8571	0,8537
	Capacidade comprometida para alterar a velocidade da marcha	0,9231	0,7447	0,8571	0,8537
Secundárias n=6	Capacidade comprometida para andar durante o tempo requerido	0,8846	0,8511	0,9079	0,8163
	Postura alterada	0,8354	0,8511	0,9041	0,7547
	*Capacidade comprometida para caminhar a distância necessária	0,8205	0,8511	0,9014	0,7407
	*Capacidade comprometida para contornar lancil	0,7692	0,8298	0,8824	0,6842
	Andar comprometido na mudança de postura	0,7468	0,8696	0,9077	0,6667
	Andar comprometido perante outros desafios	0,6709	0,8723	0,8983	0,6119
Irrele- -vantes n=2	Capacidade comprometida para andar para a frente em superfície plana	0,6835	0,9362	0,9474	0,6377
	Claudicação intermitente	0,5513	0,9362	0,9348	0,5570

Legenda: *Característica definidora classificada na NANDA-I.

Obteve-se valores superiores a 0,8 de sensibilidade e de VPN em 10 características definidoras: “capacidade comprometida para descer em plano inclinado”, “capacidade comprometida para caminhar determinadas distâncias em determinado tempo”, “andar comprometido em terreno acidentado”, “capacidade comprometida para subir em plano inclinado”, “capacidade comprometida de descer escadas”, “capacidade comprometida para subir escadas”, “capacidade comprometida para caminhar em superfícies irregulares”, “capacidade comprometida da velocidade da marcha”, “capacidade comprometida da velocidade da marcha” e “capacidade comprometida para andar durante o tempo requerido”. Destes resultados podemos concluir que a probabilidade de estarem presentes nos idosos que têm o diagnóstico “andar comprometido” presente é elevada e, simultaneamente, os idosos que têm “andar

comprometido” ausente têm alta probabilidade de não apresentarem estas características. A característica definidora “capacidade comprometida para descer em plano inclinado” obteve os valores mais elevados de sensibilidade (0,9610) e VPN (0,9189), ou seja, perante um idoso com esta característica definidora é alta a probabilidade de ter o diagnóstico presente e, por outro lado, perante um idoso sem “andar comprometido” é alta a probabilidade de não ter o diagnóstico. Destaca-se que seis destas características definidoras não estão descritas na NANDA-I (“capacidade comprometida para caminhar determinadas distâncias em determinado tempo”, “andar comprometido em terreno acidentado”, “capacidade comprometida de descer escadas”, “capacidade comprometida da velocidade da marcha”, “capacidade comprometida da velocidade da marcha” e “capacidade comprometida para andar durante o tempo requerido”). Apenas uma é secundária (“capacidade comprometida para andar durante o tempo requerido”) e as restantes são principais.

Obteve-se, ainda, valores de especificidade e VPP superiores a 0,8000 para nove características definidoras: “capacidade comprometida para caminhar determinadas distâncias em determinado tempo”, “andar comprometido em terreno acidentado”, “capacidade comprometida para subir em plano inclinado”, “capacidade comprometida de descer escadas”, “capacidade comprometida para subir escadas”, “capacidade comprometida para caminhar em superfícies irregulares”, “capacidade comprometida para andar durante o tempo requerido”, “postura alterada” e “capacidade comprometida para caminhar a distância necessária”, o que significa que as características não estavam presentes porque os idosos não tinham “andar comprometido” presente, mas os idosos que tinham o diagnóstico poderiam apresentar essas características. Entre estes, cinco características definidoras não estão listadas na NANDA-I (“capacidade comprometida para caminhar determinadas distâncias em determinado tempo”, “andar comprometido em terreno acidentado”, “capacidade comprometida de descer escadas”, “capacidade comprometida para andar durante o tempo requerido” e “postura alterada”). Ainda, seis são

classificadas como principais e três como secundárias (“capacidade comprometida para andar durante o tempo requerido”, “postura alterada” e “capacidade comprometida para caminhar a distância necessária”). Mesmo as características definidoras classificadas como irrelevantes tiveram sempre valores superiores a 0,5500 quer na sensibilidade, especificidade, VPP e VPN. Estes valores justificam-se pela própria prevalência do diagnóstico “andar comprometido” que é de 64,3%.

Tabela 44: Sensibilidade, especificidade, VPP e VPN dos fatores relacionados de “andar comprometido”.

Classifi- -cação	Fatores relacionados (n=34)	Sensibilidade	Especificidade	VPP	VPN
Principais n=5	Envelhecimento (idade ≥ 65 anos)	---	---	---	---
	*Medo de cair	0,9873	0,4894	0,7647	0,9583
	*Diminuição da condição física	0,9747	0,6383	0,8191	0,9375
	Medicação	0,9231	0,2340	0,6667	0,6471
	Sexo feminino	0,8228	0,1489	0,6190	0,3333
Secundárias n=9	*Diminuição na resistência	0,8987	0,6596	0,8161	0,7949
	*Barreiras ambientais	0,8939	0,7692	0,8676	0,8108
	*Equilíbrio comprometido	0,8734	0,8936	0,9324	0,8077
	*Força muscular insuficiente	0,8608	0,8936	0,9315	0,7925
	Compromisso cardiorrespiratório	0,8354	0,1915	0,6346	0,4091
	*Dor	0,7975	0,5745	0,7590	0,6279
	Fadiga	0,7468	0,7234	0,8194	0,6296
	Problemas de sono	0,7403	0,6383	0,7703	0,6000
	Apoio de marcha	0,6835	0,9362	0,9474	0,6377
Irrelevantes n=20	Gestão de problemas dos pés e do calçado (estética, conforto e segurança)	0,7215	0,6739	0,7917	0,5849
	*Visão comprometida	0,6962	0,6809	0,7857	0,5714
	Perceção de capacidade de andar em segurança comprometida	0,6203	0,7660	0,8167	0,5455
	Atrofia da massa muscular	0,5949	0,9787	0,9792	0,5897
	Crenças (ex.: educação e religião, comportamento sedentário)	0,5641	0,7872	0,8148	0,5211
	*Compromisso músculo-esquelético	0,5316	0,6596	0,7241	0,4559
	*Conhecimento insuficiente sobre as estratégias de mobilidade	0,5316	0,7872	0,8077	0,5000

Legenda: *Fator relacionado classificado na NANDA-I.

Classificação	Fatores relacionados (n=34) (cont.)	Sensibilidade	Especificidade	VPP	VPN
Irrelevantes n=20	*Obesidade	0,5063	0,7447	0,7692	0,4730
	*Conhecimento insuficiente sobre as estratégias de mobilidade	0,5316	0,7872	0,8077	0,5000
	Andar com ajuda de terceiros	0,3590	1,0000	1,0000	0,4845
	Problemas de audição	0,3418	0,8298	0,7714	0,4286
	Compromisso neurológico	0,3038	0,8723	0,8000	0,4271
	*Alteração no humor	0,2911	0,9149	0,8519	0,4343
	*Compromisso neuromuscular	0,2532	0,8936	0,8000	0,4158
	Alteração da saúde mental	0,1772	0,9149	0,7778	0,3981
	*Alteração na função cognitiva	0,1646	0,9574	0,8667	0,4054
	Período de recuperação pós-cirúrgica	0,1316	0,9565	0,8333	0,4000
	Ausência de suporte social (desvalorização sociofamiliar)	0,1266	1,0000	1,0000	0,4052
	Hipotensão ortostática (gestão postural)	0,0253	1,0000	1,0000	0,3790
	Institucionalização	---	---	---	---

Legenda: *Fator relacionado classificado na NANDA-I.

Destaca-se que dois fatores relacionados mereceram uma atenção especial, nomeadamente o “envelhecimento (idade \geq 65 anos)” e “institucionalização”, uma vez que os valores obtidos referem-se ao facto de corresponderem, a um critério de inclusão e a um critério de exclusão, respetivamente, neste estudo.

Obteve-se valores superiores a 0,8 de sensibilidade e de VPN em quatro fatores relacionados: “medo de cair”, “diminuição da condição física”, “barreiras ambientais” e “equilíbrio comprometido”. Os dois primeiros foram classificados como principais e os dois seguintes classificados como secundários e todos estão classificados na taxonomia II da NANDA-I. O fator relacionado “medo de cair” obteve os valores mais elevados de sensibilidade (0,9873) e VPN (0,9583), ou seja, este fator relacionado tem uma probabilidade elevada de estar presente nos idosos que têm o diagnóstico de enfermagem “andar comprometido” e, em simultâneo, os

idosos que têm “andar comprometido” ausente têm elevada probabilidade de não apresentarem este fator.

Para valores de especificidade e VPP superiores a 0,8000, o que significa que os fatores relacionados não estavam presentes porque os idosos tinham “andar comprometido” ausente, mas os idosos que tinham o diagnóstico presente tinham probabilidade elevada de apresentar esses fatores relacionados. Obteve-se 12 para fatores relacionados: “equilíbrio comprometido”, “força muscular insuficiente”, “apoio de marcha”, “atrofia da massa muscular”, “andar com ajuda de terceiros”, “compromisso neurológico”, “alteração no humor”, “compromisso neuromuscular”, “alteração na função cognitiva”, “período de recuperação pós-cirúrgica”, “ausência de suporte social (desvalorização sociofamiliar)” e “hipotensão ortostática (gestão postural)”. Apenas os três primeiros estão classificados como secundários, sendo os restantes irrelevantes. Destaca-se que cinco estão classificados na NANDA-I (“equilíbrio comprometido”, “força muscular insuficiente”, “alteração no humor”, “compromisso neuromuscular” e “alteração na função cognitiva”).

Tabela 45: Sensibilidade, especificidade, VPP e VPN dos fatores de risco de “risco de quedas”.

Classificação	Fatores de risco de quedas (n=65)	Sensibilidade	Especificidade	VPP	VPN
Principais n=7	*Idade ≥ a 65 anos	---	---	---	---
	Comorbilidades	0,9213	0,3784	0,7810	0,6667
	Polimedicção	0,9213	0,2162	0,7387	0,5333
	*Fármacos	0,9213	0,3243	0,7664	0,6316
	*Dificuldade na marcha	0,8539	0,8649	0,9383	0,7111
	*História de quedas	0,8315	0,5405	0,8132	0,5714
	Sexo feminino	0,8202	0,1622	0,7019	0,2727
Secundárias n=13	Medo de cair	0,9888	0,6216	0,8627	0,9583
	*Compromisso da mobilidade	0,8315	0,8649	0,9367	0,6809
	*Diminuição na força das extremidades inferiores	0,8315	0,7838	0,9024	0,6591
	*Compromisso do equilíbrio	0,8090	0,8649	0,9351	0,6531
	Declínio nas ABVD	0,7955	0,9459	0,9722	0,6604
	Medicação antihipertensiva	0,7865	0,3514	0,7447	0,4063
	Tonturas	0,7865	0,8649	0,9333	0,6275

Legenda: *Fator de risco classificado na NANDA-I; NA: *Not Available*.

Classifi- cação	Fatores de risco de risco de quedas (n=65) (cont.)	Sensibilidade	Especificidade	VPP	VPN
Secundárias n=13	Ansiedade	0,6966	0,7027	0,8493	0,4906
	Relato de pior saúde física	0,6854	0,8611	0,9242	0,5254
	Hipertensão Arterial	0,6292	0,5135	0,7568	0,3654
	Insônia	0,6180	0,6486	0,8088	0,4138
	Dor crônica	0,5955	0,7568	0,8548	0,4375
	*Uso de auxiliar de marcha (ex.: andador, canadiana, cadeira de rodas)	0,5517	0,9730	0,9796	0,4800
Irrelevantes n=45	*Compromisso visual	0,7079	0,7568	0,8750	0,5185
	Baixo nível educacional	0,6067	0,7568	0,8571	0,4444
	Obesidade	0,5056	0,8378	0,8824	0,4133
	Síndrome metabólico	0,4719	0,7568	0,8235	0,3733
	Função sensoriomotora reduzida	0,5843	0,9459	0,9630	0,4861
	Perímetro abdominal elevado	0,5455	0,7027	0,8136	0,3939
	*Condições que afetam os pés	0,5114	0,7838	0,8491	0,4028
	Baixo rendimento familiar	0,4767	0,7568	0,8200	0,3836
	*Alteração de glicemia	0,4607	0,7568	0,8200	0,3684
	*Uso de tapetes soltos	0,4355	0,7241	0,7714	0,3750
	Ambiente sem instalação de barras de apoio ou corrimão, com presença de obstáculos (ex.: soleira da porta)	0,4308	0,8387	0,8485	0,4127
	Compromisso da função executiva	0,4205	0,9459	0,9487	0,4070
	*Doença vascular	0,3820	0,7838	0,8095	0,8095
	*Urgência urinária	0,3708	0,8919	0,8919	0,3708
	Benzodiazepinas	0,3596	0,8919	0,8889	0,3667
	*Material antiderrapante insuficiente na casa de banho	0,3492	0,8276	0,8148	0,3692
	Uso de chinelos	0,3483	0,7297	0,7561	0,3176
	*Compromisso da audição	0,3146	0,8649	0,8485	0,3441
	*Défice proprioceptivo	0,2841	1,0000	1,0000	0,3700
	*Doença aguda	0,2809	0,8649	0,8333	0,3333
	*Viver sozinho	0,2360	0,7297	0,6774	0,2842
	*Incontinência	0,1818	0,9459	0,8889	0,3271
	*Exposição a condições de insegurança relacionadas com as condições climáticas (ex.: piso molhado, gelo)	0,1746	0,9643	0,9167	0,3418
	*Ambiente não familiar	0,1733	0,9667	0,9286	0,3187
	*Período de recuperação pos-cirúrgica	0,1647	0,9459	0,8750	0,3302
	*Prótese do membro inferior	0,1573	1,0000	1,0000	0,3304
	Alterações da função cognitiva	0,1461	0,9189	0,8125	0,3091

Legenda: *Fator de risco classificado na NANDA-I; NA: *Not Available*.

Classificação	Fatores de risco de quedas (n=65) (cont.)	Sensibilidade	Especificidade	VPP	VPN
Irrelevantes n=45	*Uso de contenções	0,1370	0,9655	0,9091	0,3077
	Sintomas depressivos/Depressão	0,1124	0,9730	0,9091	0,3130
	Osteoporose	0,1124	0,9459	0,8333	0,3070
	*Iluminação insuficiente	0,1077	1,0000	1,0000	0,3256
	*Ambiente desorganizado	0,0769	1,0000	1,0000	0,3182
	*Artrite	0,0787	1,0000	1,0000	0,3109
	*Desmaio ao virar o pescoço	0,0682	1,0000	1,0000	0,3109
	*Neoplasia	0,0674	0,9459	0,7500	0,2966
	*Desmaio ao estender o pescoço	0,0568	1,0000	1,0000	0,3083
	*Neuropatia	0,0562	0,9730	0,8333	0,3000
	*Consumo de álcool	0,0449	0,9459	0,6667	0,2917
	*Diarreia	0,0449	0,9459	0,6667	0,2917
	Insuficiência de vit D	0,0411	0,9333	0,6000	0,2857
	Doença pulmonar obstrutiva crônica	0,0337	0,9459	0,6000	0,2893
	Minoria étnica (ex.: negro)	0,0112	1,0000	1,0000	0,2960
	*Anemia	0,0225	1,0000	1,0000	0,2984
	*Hipotensão ortostática	0,0000	1,0000	NA	0,2937
	Baixo nível de albumina sérica	0,0000	1,0000	NA	0,2937

Legenda: *Fator de risco classificado na NANDA-I; NA: *Not Available*.

No que respeita aos fatores de risco começa-se por destacar que “idade \geq a 65 anos” deve ser analisado com reserva, tal como anteriormente descrito, por ser critério de inclusão neste estudo.

Para valores superiores a 0,8 de sensibilidade e de VPN obteve-se apenas um fator relacionado: “medo de cair”. A probabilidade de estar presente nos idosos que têm o diagnóstico de enfermeiro “risco de quedas” presente é elevada e, simultaneamente, os idosos que têm “risco de quedas” ausente têm alta probabilidade de não apresentar este fator. O “medo de cair” não está contemplado na classificação NANDA-I, mas foi classificado na fase da validação clínica pelos enfermeiros como secundário, embora o valor de TF estivesse muito próximo do valor de critério para ser principal.

Obteve-se valores de especificidade e VPP superiores a 0,8000 para um total de 35 fatores de risco. Destes, apenas um é classificado como principal (“dificuldade na marcha”) e seis secundários: “compromisso da

“mobilidade”, “compromisso do equilíbrio”, “declínio nas ABVD”, “tonturas”, “relato de pior saúde física”, “uso de auxiliar de marcha (ex.: andador, canadiana, cadeira de rodas)”. Os restantes 28 são irrelevantes. Destes 35 fatores de risco destaca-se ainda que 16 não estão listados na NANDA-I: “declínio nas ABVD”, “tonturas”, “relato de pior saúde física”, “obesidade”, “função sensoriomotora reduzida”, “ambiente sem instalação de barras de apoio ou corrimão”, “com presença de obstáculos (ex.: soleira da porta)”, “compromisso da função executiva”, “urgência urinária”, “benzodiazepinas”, “material antiderrapante insuficiente na casa de banho”, “alterações da função cognitiva”, “sintomas depressivos/depressão”, “osteoporose”, “iluminação insuficiente” e “minorias étnicas (ex.: negro)”.

Por fim, enfatiza-se que “medo de cair” obteve maior sensibilidade e VPN, quer para fatores relacionados de “andar comprometido”, quer para fatores de risco de “risco de quedas”, ou seja, esta etiologia, quando presente num idoso, merece uma atenção especial por parte do enfermeiro.

3.5 - COMPARAÇÃO ENTRE OS RESULTADOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA E DA VALIDAÇÃO CLÍNICA

Pretende-se neste subcapítulo desenvolver a discussão em torno dos principais resultados obtidos, dando especialmente ênfase à comparação entre os resultados obtidos na RSL e os obtidos na validação clínica, de ambos os diagnósticos de enfermagem, mas especialmente dar-se-á destaque ao “andar comprometido”, no sentido de dar resposta aos objetivos do estudo.

Inicia-se a discussão no que respeita a alguns aspetos que se considerou interessante refletir referente às características da amostra, que na fase da validação clínica foi constituída por um total de 126 idosos. A maioria dos idosos quando questionado “onde passa o dia”, refere que é no seu domicílio, o que se pode justificar pelo facto de ser um ambiente familiar, assim sente-se mais seguro por conhecer todos os eventuais

riscos de quedas, queda essa que pode ser, ou ter, consequência no “andar comprometido”. Lembra-se que “ambiente não familiar” e “ambiente desorganizado” (Vu *et al.*, 2011; Currin *et al.*, 2012; Karlsson *et al.*, 2013; Kuhirunyarath *et al.*, 2013) constituem fatores de risco enumerado na classificação NANDA-I para o diagnóstico “risco de quedas”, bem como o fator relacionado “percepção da capacidade de andar em segurança comprometida” (Kaegi *et al.*, 2008) de “andar comprometido”, etiologia essa não listada na NANDA-I.

Outra característica interessante para refletir nesta amostra, foi o facto destes idosos viverem maioritariamente com o seu cônjuge, ou até com o filho(a), num total de mais de 56%, podendo esta situação ser vista pelos enfermeiros, como uma oportunidade, uma vez que ao terem familiares cuidadores próximos, será importante serem incluídos no planeamento de cuidados de enfermagem, não só no sentido de eliminar “as barreiras ambientais” (Kollen *et al.*, 2006; Kaegi *et al.*, 2008; Moncada, 2011; Okochi *et al.*, 2013; Tsai *et al.*, 2013), mas também na “gestão de problemas dos pés e de calçado” (Moncada, 2011; Najafi *et al.*, 2013; Tsai *et al.*, 2013), ou na “exposição a condições de insegurança relacionadas com condições climatéricas”, ou ainda na “iluminação insuficiente” (Currin *et al.*, 2012; Lim, 2012; Karlsson *et al.*, 2013). A adequação de intervenções de enfermagem direcionadas a estes fatores específicos, pode determinar a ausência de ambos os diagnósticos de enfermagem. Será importante lembrar que 9,5% destes idosos são cuidadores do seu cônjuge.

Os resultados revelaram, ainda, que a maioria da amostra apresenta história de quedas no último ano, o que vai ao encontro do que a literatura nos aponta (Peeters *et al.*, 2011; Honaker *et al.*, 2011; Buracchio *et al.*, 2011; Menant *et al.*, 2012; Ou *et al.*, 2013; Kwan *et al.*, 2013; Hsu *et al.*, 2014). Quanto à circunstância em que mais frequentemente ocorreram foram as: escorregar, tropeçar ou tonturas, causas estas também descritas na literatura (Menant *et al.*, 2013), destacando o facto que as tonturas podem ser a causa quer de escorregar e/ou tropeçar.

Por fim, destaca-se quer o elevado número de antecedentes pessoais, quer a toma mais de cinco fármacos diários. Também a literatura aponta que nos idosos a presença de determinadas patologias podem ser a causa de ambos ao diagnósticos, entre as quais as “alterações das funções cognitivas” (Kollen *et al.*, 2006; Huang *et al.*, 2008; Kaegi *et al.*, 2008; Hall *et al.*, 2011; Morghen *et al.*, 2011; Muñoz-Mendoza *et al.*, 2011; O'Halloran *et al.*, 2011; Volkers & Scherder, 2011; Adell *et al.*, 2012; Bellelli *et al.*, 2012; Bryant *et al.*, 2012; Landi *et al.*, 2013; McGough *et al.*, 2012; Muir *et al.*, 2012; Pijpers *et al.*, 2012; Shahar *et al.*, 2012; Taylor *et al.*, 2012; Martin *et al.*, 2013; Muhaidat *et al.*, 2013; Fischer *et al.*, 2014; Hsu *et al.*, 2014), ou a “obesidade” (Allet *et al.*, 2009; Schrack *et al.*, 2010; Volkers & Scherder *et al.*, 2011; Adell *et al.*, 2012; Bellelli *et al.*, 2012; Boonsinsukh *et al.*, 2012; Ko *et al.*, 2012; Liao *et al.*, 2012; Shahar *et al.*, 2012; Ko *et al.*, 2013; Landi *et al.*, 2013; Motyl *et al.*, 2013; Najafi *et al.*, 2013; Kumar *et al.*, 2014), entre outras, como é o exemplo de “período de recuperação pós-cirurgia” (Bellelli *et al.*, 2012).

Quanto à amostra para a validação da FES-I foi possível considerar 170 participantes, o que possibilitou o cumprimento das recomendações de um mínimo de 10 pessoas por item da escala (Gorsuch, 2003; Sousa *et al.*, 2015). A opção de traduzir e validar para Portugal a FES-I, escala essa que avalia o medo de cair da pessoa e que não estava previsto no projeto do estudo, veio revelar-se determinante, não só pelo facto de ter sido considerado um instrumento fiável e sensível para avaliar, nesta população, o diagnóstico de enfermagem “risco de quedas”, mas também o diagnóstico de enfermagem “andar comprometido”. Os resultados obtidos no fator etiológico “medo de cair” que foi classificado com maior sensibilidade e VPN, quer para “andar comprometido”, quer para o “risco de quedas”, o que veio corroborar a vantagem que foi a validação desta escala e a sua disponibilização para futura utilização. O “medo de cair” está presente nos idosos residentes na comunidade e, muitas vezes, a sua presença é responsável pela sua institucionalização (Marques-Vieira *et al.*, 2016). Neste sentido, com intervenções preventivas de quedas por parte dos

enfermeiros, consegue-se manter por mais tempo os idosos na comunidade.

No que respeita à discussão dos resultados obtidos na RSL e os resultados obtidos na validação clínica, recorreu-se ao apoio de tabelas no sentido de sintetizar a informação. Nas RSL teve-se em consideração a frequência com que as características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco surgiam na literatura científica, no que respeita aos diagnósticos de enfermagem “andar comprometido” e “risco de quedas” no idoso residente na comunidade. Na validação clínica, as frequências referem-se aos idosos residentes na comunidade que têm “andar comprometido” e “risco de quedas”, através da concordância dos dois critérios de identificação dos diagnósticos. Na validação clínica ambos os diagnósticos de enfermagem revelaram uma elevada taxa de concordância (superior a 90%), o que segundo Cohen corresponde a uma classificação de “quase perfeita” (Cohen, 1960), ou segundo literatura mais recente de investigação em enfermagem (Grove *et al.*, 2013).

As três tabelas que se seguem pretendem sintetizar a informação obtida, referente às características definidoras (tabela 46) e fatores relacionados de “andar comprometido” (tabela 47), e fatores de risco de “risco de quedas” (tabela 48).

Tabela 46: Distribuição das características definidoras de “andar comprometido” no idoso segundo os scores obtidos na fase de RSL e validação clínica.

Características Definidoras de Andar Comprometido no Idoso (n=17)		RSL	VC (idosos)	VC (Enfermeiros)	
		n=36	n=85	n=81	TF
Capacidade comprometida para caminhar determinadas distâncias em determinado tempo (cadência, tempo de ciclo, ciclo de marcha, tempo de apoio, comprimento da passada)	b), c)	20	78	75	0,9306
Capacidade comprometida para descer em plano inclinado	a), b), c)	1	79	74	0,9186
Capacidade comprometida para caminhar em superfícies irregulares	a), b), c)	2	77	72	0,9114

Legenda: a) Característica definidora existente na taxonomia NANDA-I; b) Característica definidora que integrou a RSL; **c) Característica definidora principal**; d) Característica definidora secundária e; e) Característica definidora irrelevante.

Características Definidoras de Andar Comprometido no Idoso (n=17) (cont.)		RSL	VC (idosos)	VC (Enfermeiros)	
		n=36	n=85	n=81	TF
Andar comprometido em terreno acidentado (avaliação no exterior em piso asfaltado e calçadado)	b), c)	6	76	73	0,9061
Capacidade comprometida para alterar a velocidade da marcha	b), c)	5	75	72	0,8973
Capacidade comprometida da velocidade da marcha	b), c)	22	75	43	0,8973
Capacidade comprometida para subir escadas	a), b), c)	7	78	73	0,8757
Capacidade comprometida de descer escadas	b), c)	4	77	74	0,8682
Capacidade comprometida para subir em plano inclinado	a), c)	0	76	73	0,8652
Capacidade comprometida para andar durante o tempo requerido	b), d)	3	71	69	0,7258
Capacidade comprometida para caminhar a distância necessária	a), b), d)	13	68	64	0,6983
Postura alterada	b), d)	9	61	66	0,6614
Capacidade comprometida para contornar o lancil	a), b), d)	6	60	60	0,6427
Andar comprometido na mudança de postura (virar a cabeça, inclinar-se)	b), d)	4	60	59	0,5929
Andar comprometido perante outros desafios (estímulos auditivos e visuais)	b), d)	4	55	53	0,5063
Claudicação intermitente	b), e)	2	43	54	0,4469 6
Capacidade comprometida para andar para a frente em superfície plana	b), e)	3	52	75	0,4450

Legenda: a) Característica definidora existente na taxonomia NANDA-I; b) Característica definidora que integrou a RSL; **c) Característica definidora principal**; d) Característica definidora secundária e; e) Característica definidora irrelevante.

Através da tabela anterior pode-se verificar que 16, das 17 características definidoras, foram encontradas na RSL, das quais apenas a “capacidade comprometida para subir em plano inclinado” (n=0), descrito na NANDA-I, não foi encontrado. No entanto, foi evidenciado pelos idosos que têm o “andar comprometido” (n=76). Destaca-se, ainda, que as duas características definidoras classificadas como irrelevantes pelos colaboradores, mas que emergiram na literatura, “claudicação intermitente” (Martinez *et al.*, 2009; Silva *et al.*, 2012) e “capacidade comprometida para andar para a frente em superfície plana” (Kaegi *et al.*, 2008; McGough *et al.*, 2012; Okochi *et al.*, 2013), também foram as menos enumeradas pelos idosos.

Entre as validadas, nove foram classificadas como principais: “capacidade comprometida para caminhar determinadas distâncias em determinado tempo” (Kollen *et al.*, 2006; Huang *et al.*, 2008; Allet *et al.*, 2009; Du *et al.*, 2009; Martinez Allet *et al.*, 2010; Schrack *et al.*, 2010; Volkers & Scherder, 2011; Bladh *et al.*, 2012; Boonsinsukh *et al.*, 2012; Bryant *et al.*, 2012; Julius *et al.*, 2012; Schwesig *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2012; Adell *et al.*, 2012; Ko *et al.*, 2013; McGough *et al.*, 2012; Motyl *et al.*, 2013; Najafi *et al.*, 2013; Okochi *et al.*, 2013), “capacidade comprometida para descer em plano inclinado” (Kaegi *et al.*, 2008), “capacidade comprometida para caminhar em superfícies irregulares” (Kaegi *et al.*, 2008; Schwesig *et al.*, 2012), “andar comprometido em terreno acidentado” (Huang *et al.*, 2008; Allet *et al.*, 2009; Allet *et al.*, 2010; Boonsinsukh *et al.*, 2012; Ko *et al.*, 2013; Okochi *et al.*, 2013), “capacidade comprometida para alterar a velocidade da marcha” (Huang *et al.*, 2008; Hall *et al.*, 2011; Volkers & Scherder, 2011; Boonsinsukh *et al.*, 2012; Julius *et al.*, 2012), “capacidade comprometida da velocidade da marcha” (Kollen *et al.*, 2006; Huang *et al.*, 2008; Taikowski *et al.*, 2008; Allet *et al.*, 2009; Martinez *et al.*, 2009; Allet *et al.*, 2010; Schrack *et al.*, 2010; Volkers & Scherder *et al.*, 2011; Bladh *et al.*, 2012; Boonsinsukh *et al.*, 2012; Bryant *et al.*, 2012; Julius *et al.*, 2012; Schwesig *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2012; Adell *et al.*, 2012; Crisafulli *et al.*, 2013; Motyl *et al.*, 2013; Najafi *et al.*, 2013; Okochi *et al.*, 2013), “capacidade comprometida para subir escadas” (Kaegi *et al.*, 2008; Hall *et al.*, 2011; Moriello *et al.*, 2011; Julius *et al.*, 2012; Schwesig *et al.*, 2012; McGough *et al.*, 2012; Okochi *et al.*, 2013), “capacidade comprometida de descer escadas” (Hall *et al.*, 2011; Moriello *et al.*, 2011; Julius *et al.*, 2012; Okochi *et al.*, 2013), e por fim, “capacidade comprometida para subir em plano inclinado”, que não emergiu da literatura consultada.

Estes resultados permitem reforçar a importância da avaliação da velocidade da marcha nos idosos, pois a sua diminuição é um importante preditor de morbidade e mortalidade, e que pode alertar para a necessidade

de recorrer aos cuidados de saúde (Schrack *et al.*, 2010; Shahar *et al.*, 2012).

Sabe-se da literatura que ao longo do ciclo de vida há alteração nas AVD (Kollen *et al.*, 2006), onde o andar não é exceção. Consoante o local onde se anda, em casa ou no exterior, implica desafios diferentes, nomeadamente, em termos de manutenção da segurança e da independência do idoso (Kollen *et al.*, 2006). Pretende-se que o idoso adquira a habilidade para andar de forma independente, com o menor risco possível, ou seja, que o idoso tenha a capacidade de se adaptar às perturbações na marcha que vão surgindo ao longo do tempo (Kaegi *et al.*, 2008).

A possibilidade de sintetizar toda a informação relativa às várias características definidoras numa única tabela, foi determinante na medida em que partimos das seis reportadas na classificação NANDA-I, com as 11 que emergiram da RSL, passamos para 17, o que sublinhou a importância das revisões enquanto método de sistematização, mas também a importância da sua e atualização do conhecimento para o desenvolvimento da taxonomia, e consequente validação clínica, para ajudar à prática clínica no que respeita a esta população específica. Assim, a validação clínica permitiu classificar nove destas características como principais, o que certamente será um apoio à tomada de decisão por parte do enfermeiro, através da maior relevância que passarão a ter na sua observação/avaliação do idoso, tendo em mente a importância que o andar representa, uma vez que garante a sua independência (Kieseier & Pozzilli, 2012). Para que o idoso possa manter-se independente, a velocidade, o equilíbrio e a resistência da marcha são determinantes (Moriello *et al.*, 2011). A independência na marcha deve representar um dos mais importantes desafios dos cuidados, porque a imobilidade ou a dificuldade em andar é um dos maiores fatores preditores da sua institucionalização (Morghen *et al.*, 2011).

Segue-se a tabela com a síntese de informação relativa aos fatores relacionados de “andar comprometido” (tabela 47).

Tabela 47: Distribuição dos fatores relacionados de “andar comprometido” no idoso segundo os scores obtidos na fase de RSL e validação clínica.

Fatores Relacionados de Andar Comprometido no Idoso (n=34)		RSL	VC (idosos)	VC (Enfermeiros)	
		n=36	n=85	n=81	TF
Envelhecimento (idade ≥65 anos)	b)	12	---	---	---
Medo de cair	a), b), c)	17	81	77	0,9682
Diminuição da condição física	a), b), c)	23	80	76	0,9122
Medicação (ex.: antidepressivos, antihipertensores, antipsicóticos, benzodiazepinas, inibidores da colisterase, diuréticos, anti-inflamatórios não esteroides, sedativos e hipnóticos)	b), c)	8	78	71	0,8440
Sexo feminino	b), c)	2	70	64	0,8205
Diminuição na resistência	a), b), d)	6	77	69	0,7851
Barreiras ambientais (ex.: escadas, inclinações, superfícies irregulares, obstáculos inseguros, distâncias, falta de dispositivos ou pessoa de assistência, restrições)	a), b), d)	5	68	57	0,7721
Equilíbrio comprometido	a), b), d)	19	69	68	0,7684
Compromisso cardiorrespiratório	b), d)	9	71	65	0,7619
Força muscular insuficiente	a), b), d)	12	73	66	0,7016
Fadiga	b), d)	10	65	57	0,6468
Apoio de marcha (ex.: andador de rodas duplas, bengala, bengala de quatro apoios, canadianas)	b), d)	12	55	54	0,6446
Dor	b), d)	9	67	62	0,6312
Problemas de sono	d)	2	60	56	0,6240
Gestão de problemas dos pés e do calçado (estética, conforto e segurança)	b), e)	3	60	56	0,4919
Visão comprometida	a), b), e)	7	58	53	0,4876
Compromisso músculo-esquelético	a), b), e)	5	46	42	0,4790
Obesidade	a), b), e)	12	42	40	0,4655
Perceção de capacidade de andar em segurança comprometida	b), e)	1	53	49	0,4606
Crenças (ex.: educação e religião, comportamento sedentário)	b), e)	3	45	34	0,4079
Atrofia da massa muscular	b), e)	4	27	45	0,3997
Conhecimento insuficiente sobre as estratégias de mobilidade	a), b), e)	8	40	41	0,3618
Andar com ajuda de terceiros	b), e)	1	28	28	0,3390

Legenda: a) Fator relacionado existente na taxonomia NANDA-I; b) Fator relacionado que integrou a RSL; c) **Fator relacionado principal**; d) Fator relacionados secundária e; e) Fator relacionado irrelevante.

Fatores relacionados de andar comprometido no idoso (n=34) (cont.)		RSL	VC (idosos)	VC (Enfermeiros)	
		n=36	n=85	n=81	TF
Compromisso neurológico	b), e)	13	25	23	0,2840
Numerosas atividades ou tarefas a desempenhar em simultâneo	b), e)	6	33	31	0,2788
Problemas de audição	b), e)	2	28	26	0,2735
Alteração no humor	a), b), e)	7	27	23	0,2628
Compromisso neuromuscular	a), b), e)	3	20	19	0,2311
Alteração da saúde mental (ex.: sintomas depressivos)	b), e)	3	16	14	0,1749
Alteração na função cognitiva	a), b), e)	14	17	13	0,1410
Ausência de suporte social (ex.: desvalorização sociofamiliar)	b), e)	2	12	10	0,1469
Período de recuperação pós-cirurgia	b), e)	1	13	14	0,1202
Hipotensão ortostática (gestão postural)	b), e)	2	2	2	0,0256
Institucionalização	b)	2	---	---	---

Legenda: a) Fator relacionado existente na taxonomia NANDA-I; b) Fator relacionado que integrou a RSL; **c) Fator relacionado principal**; d) Fator relacionados secundária e; e) Fator relacionado irrelevante.

A tabela anterior permite-nos verificar que dos 14 fatores relacionados contemplados na NANDA-I, da RSL emergiram mais 20, o que perfaz 34, quase todos foram levados à validação clínica [exceto “envelhecimento (idade \geq 65 anos)” e “institucionalização”, por serem critérios de inclusão e exclusão respectivamente]. Obteve-se entre os quatro classificados como principais, apenas dois estavam classificados na NANDA-I [“medo de cair” (Kollen *et al.*, 2006; Huang *et al.*, 2008; Kaegi *et al.*, 2008; Taikowski *et al.*, 2008; Allet *et al.*, 2009; Hall *et al.*, 2011; Moncada, 2011; Adell *et al.*, 2012; Bladh *et al.*, 2012; Julius *et al.*, 2012; Schwesig *et al.*, 2012; Ko *et al.*, 2013; Landi *et al.*, 2013; McGough *et al.*, 2012; Motyl *et al.*, 2013; Najafi *et al.*, 2013) e “diminuição da condição física” (Kollen *et al.*, 2006; Huang *et al.*, 2008; Kaegi *et al.*, 2008; Taikowski *et al.*, 2008; Allet *et al.*, 2009; Du *et al.*, 2009; Allet *et al.*, 2010; Schrack *et al.*, 2010; Hall *et al.*, 2011; Morghen *et al.*, 2011; Moriello *et al.*, 2011; Volkers & Scherder, 2011; Bellelli *et al.*, 2012; Bladh *et al.*, 2012; Julius *et al.*, 2012; Kieseier & Pozzilli, 2012; Schwesig *et al.*, 2012; Shahrar *et al.*, 2012; Ko *et al.*, 2013; Landi *et al.*, 2013; Motyl *et al.*, 2013; Okochi *et al.*, 2013; Tsai *et al.*, 2013)] e outros dois emergiram da RSL [“medicação” (Allet *et al.*, 2010; Moncada, 2011; Bellelli *et al.*, 2012; Schwesig *et al.*, 2012; Motyl *et al.*,

2013; Najafi, *et al.*, 2013; Okochi *et al.*, 2013) e “sexo feminino” (Adell *et al.*, 2012; Bellelli *et al.*, 2012)], todos presentes na literatura consultada.

Da literatura emerge que a fadiga, nesta validação classificada como secundária, é frequentemente a causa da incapacidade da marcha no idoso, a menos que seja sentido pelo idoso que possa estar ameaçada a manutenção de outras atividades que este considera vitais (Schrack *et al.*, 2010). O enfermeiro ao incrementar o andar, está a combater comportamentos sedentários, através de estratégias para a melhoria na função física, onde Allet enumera a criação de programas de caminhadas, contactos telefónicos e criação de grupos de caminhadas (Allet *et al.*, 2009). O andar comprometido constitui um fenómeno de interesse para os enfermeiros no planeamento de intervenções, uma vez que pode causar restrições no quotidiano da pessoa idosa, se não for precocemente detetado (Bladh *et al.*, 2012).

A tabela ajudou assim a sintetizar toda a informação relativa aos vários fatores relacionados, o que se revelou determinante na medida em que partimos de 14 reportadas na classificação NANDA-I, com mais 20 que emergiram da RSL, passamos para 34, o ainda mais reforçou a importância da RSL como ferramenta na atualização do saber, bem como a importância da validação clínica, para a seleção dos irrelevantes, onde 20 obtiveram esta classificação para esta população específica. Este conhecimento constituirá certamente um ótimo suporte na tomada de decisão dos enfermeiros.

A tabela que se segue sintetiza a informação relativa aos fatores de risco de “risco de quedas” (tabela 48).

Tabela 48: Distribuição dos fatores de risco de “risco de quedas” no idoso segundo os *scores* obtidos na fase de RSL e validação clínica.

Fatores de risco de risco de quedas no idoso (n=65)		RSL	VC (Idosos)	VC (Enfermeiros)	
		n=62	n=126	n=126	TF
Idade ≥ a 65 anos	a), b)	6	---	---	---
História de quedas	a), b), c)	7	76	88	0,9500
Comorbilidades	b), c)	6	83	82	0,8692
Sexo feminino	b), c)	8	75	73	0,8202
Polimedicção	b), c)	11	84	82	0,8230
Dificuldade na marcha	a), b), c)	13	79	76	0,8347
Fármacos	a), b), c)	14	83	82	0,8334
Medo de cair	b), d)	14	88	74	0,7609
Compromisso da mobilidade	a), b), d)	3	75	74	0,7480
Compromisso do equilíbrio	a), b), d)	13	72	72	0,7281
Antihipertensores	b), d)	2	70	69	0,6918
Tonturas	b), d)	1	69	70	0,6880
Diminuição na força das extremidades inferiores	a), b), d)	4	74	74	0,6834
Declínio nas ABVD	b), d)	10	69	70	0,6599
Insónia	a), b), d)	2	55	55	0,5849
Ansiedade	b), d)	2	65	62	0,5590
Dor crónica	b), d)	5		53	0,5580
Hipertensão arterial	b), d)	4	56	55	0,5351
Uso de auxiliar de marcha (ex.: andador, canadiana, cadeira de rodas)	a), b), d)	2	49	48	0,5287
Relato de pior saúde física	b), d)	2	60	61	0,5140
Baixo nível educacional	b), e)	1	55	54	0,4751
Obesidade	b), e)	2	45	45	0,4704
Síndrome metabólico	b), e)	1	41	42	0,4613
Compromisso visual	a), b), e)	10	62	61	0,4611
Perímetro abdominal elevado	b), e)	1	49	47	0,4543
Alteração de glicémia	a), b), e)	3	43	41	0,4503
Função sensoriomotora reduzida	b), e)	4	52	52	0,4347
Condições que afetam os pés	a), e)	0	44	45	0,4068
Baixo rendimento familiar	b), e)	1	43	41	0,3846
Compromisso da função executiva	b), e)	3	36	46	0,3592
Doença vascular	a), b), e)	3	34	34	0,3563
Uso de tapetes soltos	a), e)	0	37	25	0,3516
Benzodiazepinas	b), e)	2	32	32	0,3458
Ambiente sem instalação de barras de apoio (ex.: sanitas) ou corrimão, com presença de obstáculos (ex.: a soleira da porta)	b), e)	4	38	27	0,3041
Uso de chinelos	b), e)	1	32	31	0,3006
Compromisso da audição	a), e)	0	27	28	0,2892
Material antiderrapante insuficiente na casa de banho	a), b), e)	4	36	22	0,2844

Legenda: a) Fator de risco existente na taxonomia NANDA-I; b) Fator de risco que integrou a RSL; **c) Fator de risco principal**; d) Fator de risco secundária e; e) Fator de risco irrelevante.

Fatores de risco de risco de quedas no idoso (n=65) (cont.)		RSL	VC (Idosos)	VC (Enfermeiros)	
		n=62	n=126	n=126	TF
Urgência urinária	a), b), e)	1	34	32	0,2826
Doença aguda	a), e)	0	25	25	0,2722
Viver sozinho	a), b), e)	1	30	21	0,2307
Incontinência	a), b), e)	1	16	16	0,1757
Défice propriocetivo	a), e)	0	24	24	0,1727
Prótese do membro inferior	a), e)	0	14	14	0,1644
Ambiente não familiar	a), e)	0	15	13	0,1528
Alteração na função cognitiva	b), e)	8	17	13	0,1410
Uso de contenções	a), e)	0	13	9	0,1331
Exposição a condições de insegurança relacionadas com as condições climáticas (ex.: piso molhado, gelo)	a), e)	0	21	8	0,1303
Período de recuperação pós- -cirúrgica	a), e)	0	14	14	0,1202
Sintomas depressivos/depressão	b), e)	8	10	10	0,1167
Iluminação insuficiente	a), b), e)	3	9	7	0,0971
Osteoporose	b), e)	2	9	10	0,0943
Ambiente desorganizado	a), b), e)	4	11	4	0,0942
Artrite	a), b), e)	2	7	7	0,0787
Consumo de álcool	a), e)	0	5	4	0,0680
Neoplasia	a), e)	0	6	6	0,0659
Desmaio ao virar o pescoço	a), e)	0	5	6	0,0581
Neuropatia	a), e)	0	5	5	0,0562
Desmaio ao estender o pescoço	a), e)	0	4	5	0,0522
Insuficiência de vitamina D	b), e)	2	3	3	0,0479
Doença pulmonar obstrutiva crônica	b), e)	1	3	3	0,0389
Diarreia	a), e)	0	4	4	0,0375
Minoria étnica (ex.: negro)	b), e)	1	1	1	0,0274
Anemia	a), e)	0	2	2	0,0225
Hipotensão ortostática	a), b), e)	5	0	0	0,0000
Baixo nível de albumina sérica	b), e)	1	0	0	0,0000

Legenda: a) Fator de risco existente na taxonomia NANDA-I; b) Fator de risco que integrou a RSL; **c) Fator de risco principal**; d) Fator de risco secundária e; e) Fator de risco irrelevante.

Através da observação da anterior tabela, é possível afirmar-se que dos 37 fatores de risco existentes classificados atualmente na NANDA-I, no que respeita ao diagnóstico “risco de quedas”, acrescentaram-se 28 com a RSL, o que fez 65 no total. Destes, um foi eliminado para a etapa de validação clínica por ser critério de inclusão no estudo (“idade \geq a 65 anos”) apenas 64 foram para a etapa de validação clínica, dos quais seis obtiveram a classificação de principal e 13 a classificação de secundário. Entre os seis principais, três estão descritos na NANDA-I: “história de quedas” (Buracchio *et al.*, 2011; Honaker *et al.*, 2011; Peeters *et al.*, 2011;

Menant *et al.*, 2012; Ou *et al.*, 2013; Kwan *et al.*, 2013; Hsu *et al.*, 2014); “dificuldade na marcha” (Oh-Park *et al.*, 2011; Quach *et al.*, 2011; Peeters *et al.*, 2011; Alexandre *et al.*, 2012; Freiburger *et al.*, 2012; Jenkyn *et al.*, 2012; Kelsey *et al.*, 2012; Menant *et al.*, 2012; Taylor *et al.*, 2012; Halvarsson *et al.*, 2013; Martin *et al.*, 2013; Kwan *et al.*, 2013; Barry *et al.*, 2014); e “fármacos” (Peeters *et al.*, 2011; Rossat *et al.*, 2011; Jenkyn *et al.*, 2012; Liao *et al.*, 2012; Pijpers *et al.*, 2012; Yamashita *et al.*, 2012; Zheng *et al.*, 2012; Buracchio *et al.*, 2013; Hardigan *et al.*, 2013; Karlsson *et al.*, 2013; Kuhirunyaratn *et al.*, 2013; Kwan *et al.*, 2013; Wong *et al.*, 2013; Vries *et al.*, 2013).

Três emergiram da RSL [“comorbilidade” (Currin *et al.*, 2012; Lim *et al.*, 2012; Menant *et al.*, 2012; Kuhirunyaratn *et al.*, 2013; Kwan *et al.*, 2013; Sibley *et al.*, 2014); “sexo feminino” (Lin *et al.*, 2011; Mesas *et al.*, 2011; Oh-Park *et al.*, 2011; Rossat *et al.*, 2011; Etman *et al.*, 2012; Halvarsson *et al.*, 2013; Hunter *et al.*, 2013; Kwan *et al.*, 2013); e “polimedicção” (Peeters *et al.*, 2011; Jenkyn *et al.*, 2012; Liao *et al.*, 2012; Pijpers *et al.*, 2012; Yamashita *et al.*, 2012; Zheng *et al.*, 2012; Hardigan *et al.*, 2013; Karlsson *et al.*, 2013; Kuhirunyaratn *et al.*, 2013; Wong *et al.*, 2013; Kwan *et al.*, 2013)]. Pode-se verificar que 48 fatores relacionados, foram encontradas na RSL, dos quais 27 não estavam descritos na NANDA-I, três dos quais foram identificados como fatores de risco principais (“comorbilidades”, “sexo feminino”, “polimedicção”) e sete foram identificados como secundários (“medo de cair”, “antihipertensores”, “tonturas”, “declínio nas ABVD”, “ansiedade”, “dor crónica” e “hipertensão arterial”) para os idosos residentes na comunidade.

No que se refere às comorbilidades, foram identificadas as doenças cardiorrespiratórias, metabólicas, neurológicas, sensoriais, acidente vascular cerebral e neoplasia (Vu *et al.*, 2011; Currin *et al.*, 2012; Kuhirunyaratn *et al.*, 2013). Relativamente às comorbilidades os estudos destacam a associação entre estas doenças crónicas: hipertensão arterial, artrite, deficiência visual, doença pulmonar obstrutiva crónica, diabetes e

patologia cardíaca (Lim & Sung, 2012; Menant *et al.*, 2012; Sibley *et al.*, 2014), doenças essas já destacadas isoladamente como fatores de risco.

Relativamente ao uso de polimedicação este conceito está descrito como o facto de estar associado o uso de vários fármacos, que pode, muitas das vezes, potenciar efeitos secundários que não estão descritos/estudados (Peeters *et al.*, 2011; Jenkyn *et al.*, 2012; Liao *et al.*, 2012; Pijpers *et al.*, 2012; Yamashita *et al.*, 2012; Zheng *et al.*, 2012; Hardigan *et al.*, 2013; Karlsson *et al.*, 2013; Kahirunyaratn *et al.*, 2013; Wong *et al.*, 2013; Kwan *et al.*, 2013).

No que respeita à medicação anti-hipertensora, os resultados obtidos vêm ao encontro dos resultados de outros autores, quando associavam a toma de medicação, como os diuréticos, os inibidores da enzima de conversão angiotensina, os bloqueadores dos canais de cálcio, os bloqueadores beta-adrenérgicos, ao aumento do risco de quedas (Buracchio *et al.*, 2011; Kwan *et al.*, 2013b).

Dos fatores de risco descritos na NANDA-I, e que foram considerados irrelevantes e que não emergiram da literatura, foram um total de 17 (“condições que afetam os pés”, “uso de tapetes soltos”, “compromisso da audição”, “doença aguda”, “défice propriocetivo”, “prótese do membro inferior”, “ambiente não familiar”, “uso de contenções”, “exposição a condições de insegurança relacionadas com as condições climatéricas (ex.: piso molhado, gelo)”, “período de recuperação pós-cirúrgica”, “consumo de álcool”, “neoplasia”, “desmaio ao virar o pescoço”, “neuropatia”, “desmaio ao estender o pescoço”, “diarreia” e “anemia”).

Relativamente à anemia, foi estudada numa investigação, mas não foi confirmada como fator de risco de queda no idoso residente na comunidade (Thaler-Kall *et al.*, 2014).

Reforça-se a importância da etapa de validação clínica no apoio à seleção e priorização da atenção do enfermeiro, ao ter classificado 45 como fatores de risco irrelevantes nesta amostra.

Destaca-se ainda que os que emergiram da RSL, e que não foram validados pelos colaboradores, constituíram um total de 17 [“baixo nível

educacional”, “obesidade”, “síndrome metabólico”, “perímetro abdominal elevado”, “função sensoriomotora reduzida”, “baixo rendimento familiar”, “compromisso da função executiva”, “benzodiazepinas”, “ambiente sem instalação de barras de apoio (ex.: sanitas) ou corrimão, com presença de obstáculos (ex.: a soleira da porta)”, “uso de chinelos”, “alteração na função cognitiva”, “sintomas depressivos/depressão”, “osteoporose”, “insuficiência de vitamina D”, “doença pulmonar obstrutiva crônica”, “minorias étnicas (ex.: negro)” e “baixo nível de albumina sérica”].

O síndrome metabólico corresponde à presença de obesidade abdominal, hipertriglicémia, hipertensão, tolerância à glicose diminuída (Liao *et al.*, 2012).

Os sintomas depressivos/depressão foram confirmados como fatores de risco de queda no idoso residente na comunidade (Eggermont *et al.*, 2012; Painter *et al.*, 2012; Kahirunyaratn *et al.*, 2013; Launay *et al.*, 2013; Scheffer *et al.*, 2013; Oh-Park *et al.*, 2011; Kwan *et al.*, 2013a). Os sintomas depressivos foram mais prevalentes em pessoas idosas com queda recorrente (Stone *et al.*, 2014). Depressão pode oscilar entre leve, moderada ou grave, dependendo dos sintomas presentes, sendo que leve faz-se pela evidência de pelo menos dois ou três sintomas (depleção do humor, capacidade alterada de experimentar prazer, perda de interesse, redução da energia, diminuição da capacidade de concentração, fadiga, diminuição da autoestima e da autoconfiança, culpa ou sentimento de indignidade, pessimismo em relação ao futuro, ideia de suicídio, perturbações do sono e diminuição do apetite) (Apóstolo, 2010). Por depressão major entende-se pela duração mínima de duas semanas, onde a pessoa apresenta pelo menos quatro dos seguintes sintomas: alteração do apetite, alteração do peso, alteração do sono, alteração da atividade psicomotora, diminuição da energia, desvalorização ou culpa, dificuldades de concentração ou decisão, pensamentos recorrentes de morte, planos ou tentativas de suicídio (Apóstolo, 2010).

Também a obtenção de classificações de “irrelevante” é determinante no sentido que ajuda na tomada de decisão de enfermagem

aquando da prática clínica. Assim, as características definidoras irrelevantes foram: “claudicação intermitente” e “capacidade comprometida para andar para a frente em superfície plana”. Os fatores relacionados irrelevantes foram: “gestão de problemas dos pés e de calçado (estética, conforto e segurança)”, “visão comprometida”, “compromisso músculo-esquelético”, “obesidade”, “perceção de capacidade de andar em segurança comprometida”, “crenças” (ex.: educação e religião, comportamento sedentário), “atrofia da massa muscular”, “conhecimento insuficiente sobre as estratégias de mobilidade”, “andar com ajuda de terceiros”, “compromisso neurológico”, “numerosas atividades ou tarefas a desempenhar em simultâneo”, “problemas de audição”, “alteração no humor”, “compromisso neuromuscular”, “alteração da saúde mental”, “alteração na função cognitiva”, “ausência de suporte social (desvalorização sociofamiliar)”, “período de recuperação pós-cirurgia”, “hipotensão ortostática (gestão postural)” e “institucionalização”. Os fatores de risco irrelevantes foram: “baixo nível educacional”, “obesidade”, “síndrome metabólico”, “compromisso visual”, “perímetro abdominal elevado”, “alteração de glicémia”, “função sensoriomotora reduzida”, “condições que afetam os pés”, “baixo rendimento familiar”, “compromisso da função executiva”, “doença vascular”, “uso de tapetes soltos”, “benzodiazepinas”, “ambiente sem instalação de barras de apoio ou corrimão com presença de obstáculos (ex.: a soleira da porta)”, “uso de chinelos”, “compromisso da audição”, “material antiderrapante insuficiente na casa de banho”, “urgência urinária”, “doença aguda”, “viver sozinho”, “incontinência”, “défice proprioceptivo”, “prótese do membro inferior”, “ambiente não familiar”, “alteração na função cognitiva”, “uso de contenções”, “exposição a condições de insegurança relacionadas com as condições climáticas (ex.: piso molhado, gelo)”, “período de recuperação pós-cirúrgica”, “sintomas depressivos/depressão”, “iluminação insuficiente”, “osteoporose”, “ambiente desorganizado”, “artrite”, “consumo de álcool”, “neoplasia”, “desmaio ao virar o pescoço”, “neuropatia”, “desmaio ao estender o pescoço”, “insuficiência de vitamina D”, “doença

pulmonar obstrutiva crônica”, “diarreia”, “minoridade étnica (ex.: negro)”, “anemia”, “hipotensão ortostática” e “baixo nível de albumina sérica”.

Há autores que recomendam uma avaliação interdisciplinar do risco de queda individual e ambiental (Elliott *et al.*, 2012; Jenkyn *et al.*, 2012) e a respetiva intervenção multifatorial (Peeters *et al.*, 2011; Karlsson *et al.*, 2013). A intervenção ao nível do exercício, para dar resposta aos fatores de risco relacionados com a mobilidade, pode incluir exercício físico geral (Michael *et al.*, 2010; Arnold *et al.*, 2011; Karlsson *et al.*, 2013), treino do equilíbrio (Michael *et al.*, 2010; Peeters *et al.*, 2011; Freiburger *et al.*, 2012; Halvarsson *et al.*, 2013), treino da força muscular (Peeters *et al.*, 2011; Freiburger *et al.*, 2012), treino da resistência (Freiburger *et al.*, 2012) e treino do andar (Michael *et al.*, 2010). No que se refere à medicação, os autores recomendam a gestão da polimedicação (Michael *et al.*, 2010; Karlsson *et al.*, 2013), ajuste da medicação psicotrópica (Peeters *et al.*, 2011; Karlsson *et al.*, 2013) e a administração de suplementos de vitamina D (Michael *et al.*, 2010; Karlsson *et al.*, 2013).

Encaminhar o idoso para outros profissionais, como por exemplo, para um oftalmologista, quando deteta alterações na visão (Michael *et al.*, 2010; Peeters *et al.*, 2011; Karlsson *et al.*, 2013).

A componente educacional no sentido de reduzir o risco modificável, nomeadamente no ensino sobre fatores de risco de queda e medidas preventivas (Michael *et al.*, 2010; Filiatrault & Desrosiers, 2011; Peeters *et al.*, 2011; Muir *et al.*, 2013). Os enfermeiros poderão ter um papel diferenciado nos programas de exercício físico, treino de AVD, avaliação e adequação da acessibilidade no domicílio, nos fatores de risco, medo de cair, sintomas depressivos e ansiedade, bem como, na avaliação e intervenção global no idoso residente na comunidade. As competências específicas de cada enfermeiro, darão a atenção necessária à pessoa idosa para uma intervenção de enfermagem eficiente.

Termina-se destacando-se que o “medo de cair” enquanto fator relacionado de “andar comprometido”, e enquanto fator de risco de “risco de quedas” foi o que obteve maior sensibilidade e VPN, ou seja, esta

etiologia, quando presente num idoso, merece uma atenção especial por parte do enfermeiro (Marques-Viera *et al.*, 2016).

4 - CONCLUSÃO

Os diagnósticos de enfermagem são um julgamento clínico sobre uma resposta humana do indivíduo, família, grupo ou comunidade. O diagnóstico de enfermagem *impaired walking* (00088) integra a NANDA Internacional desde 1998, foi revisto em 2006 e está classificado no domínio 4 (atividade/repouso) e classe 2 (atividade/exercício) da taxonomia II atualmente em vigor (Herdman & Kamitsuru, 2014). É um diagnóstico de natureza física, caracterizado pela sua objetividade e, simultaneamente, pela complexidade do fenómeno que representa (necessita processamento cognitivo, sensorial e motor). A literatura aponta que este diagnóstico de enfermagem é mais frequente na pessoa idosa. Associada ao envelhecimento e ao andar comprometido está, muitas vezes, o risco de quedas, que pode resultar em problemas de saúde para os idosos, que constituem uma população de relevante interesse para os cuidados de enfermagem.

Iniciou-se esta caminhada com a reflexão em torno de conceitos centrais que sustentariam esta investigação, o andar, também denominado na literatura académica de marcha, ou até caminhada. Com o desenrolar da investigação, associado ao conceito de andar comprometido apareceu o risco de quedas, visto a população em estudo fosse a pessoa idosa, população esta onde estes diagnósticos prevalecem.

Através deste estudo pretendeu-se disponibilizar mais elementos para apoiar os enfermeiros na decisão clínica, decisão essa que deve-se basear em evidência científica, mais concretamente ao ser conhecedor, por exemplo, dos fatores relacionados irrelevantes para o andar comprometido no idoso é uma vantagem, uma vez que reduz o número de possíveis etiologias, podendo de alguma forma orientar o enfermeiro na sua prática clínica. Este estudo traz evidência e dá suporte ao que a NANDA-I descreve

como características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem “andar comprometido” no idoso e fatores de risco de “risco de quedas”. Pretendeu-se, com esta investigação, contribuir para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, ao possibilitar o aumento do nível de evidência científica dos diagnósticos *impaired walking* (00088) e *risk for falls* (00155). Para tal ao longo deste percurso, foi preocupação constante, realizar cada uma das fases com rigor científico, baseado nos valores defendidos pela ética, nem que para isso tivesse de haver prejuízo nas datas estabelecidas inicialmente.

As opções metodológicas foram sustentadas no modelo de Richard Fehring, tendo também em conta os resultados obtidos em investigações recentes, por forma a que se pudesse implementar modificações, mas de forma fundamentada, ao que Fehring preconizava quando criou os seus modelos.

Recorreu-se à RSL, de onde emergiu da literatura novas manifestações clínicas, fatores etiológicos e fatores de risco destes diagnósticos de enfermagem, alguns destes já classificados na NANDA-I nos diagnósticos de enfermagem “andar comprometido” (00088) e “risco de queda (00155)”.

A classificação NANDA-I em conjunto com o que emergiu nas RSL foi posteriormente suportado na validação clínica, particularmente no idoso residente em contexto comunitário. Ou seja, verificou-se a sua representatividade para o “andar comprometido” e “risco de quedas”. Dos resultados obtidos destaca-se que o “medo de cair” foi classificado como maior sensibilidade e VPN, quer para fatores relacionados de “andar comprometido”, quer para fatores de risco de “risco de quedas”, ou seja, esta etiologia quando presente num idoso merece uma atenção especial por parte do enfermeiro. Neste sentido, a validação da escala FES-I Portugal revelou-se um instrumento fiável e sensível para avaliar ambos os diagnósticos de enfermagem.

Os resultados obtidos neste estudo sublinham a importância de validar estas novas informações em populações e contextos concretos, como foi o caso de idosos residentes na comunidade.

As classificações e as linguagens padronizadas devem representar a prática clínica, devem ser funcionais e completas, porquanto representam o conhecimento de enfermagem. Por isso, estes estudos de investigação acabam por ter repercussão não só na prática, mas na educação de novos enfermeiros e, em particular, na formação especializada em reabilitação.

Os resultados deste estudo devem ser analisados atendendo-se às suas limitações, das quais destacamos na RSL as impostas pelos critérios de inclusão, como o facto de termos selecionado apenas artigos disponíveis em texto integral, a janela temporal de publicação de resultados de oito anos para *impaired walking* e quatro anos para *risk for falls* e os idiomas podem, de alguma forma, ter limitado o acesso a outros estudos/resultados igualmente pertinentes. Na validação clínica, o facto dos dados terem sido apenas colhidos na RAM, bem como a amostra ter sido por conveniência, leva a que não se possa generalizar os resultados obtidos, devido às particularidades daquela população insular. Também, o facto de se ter calculado a sensibilidade, especificidade, VPP e VPN não sendo uma amostra probabilística, pode ser considerado uma limitação e os resultados devem ser analisados atendendo a este aspeto.

Este estudo resultou de rigor em cada etapa, mas também de flexibilidade por parte da investigadora, não descurando nunca a possibilidade de abarcar novos desafios que não compromettesse a concretização dos objetivos ou a integridade ética, como foi o caso da validação da FES-I Portugal para a população idosa. Também se considera vantajosa a classificação das características definidoras, dos fatores relacionados e dos fatores de risco, como principais, secundários ou irrelevantes, pois certamente será um bom orientador para a prática clínica, resultados estes que reforçam a decisão de incluir a FES-I no nosso instrumento de colheita de dados e de realizar a sua validação.

Recomenda-se em pesquisas de enfermagem futuras, a continuidade da realização de estudos clínicos, nos quais se utilizem amostras aleatórias, representativas, com seleção randomizada e desenhos de estudos de natureza experimental, como ensaios clínicos randomizados, ou estudos quase-experimentais, por forma a que possam avaliar a eficácia de determinadas intervenções nos indicadores do diagnóstico. Alertamos que poucos foram os estudos obtidos nestas RSL que fossem elaborados por enfermeiros ou na área científica de enfermagem, pelo que, se sugere a realização de mais estudos em torno destes diagnósticos, e sua divulgação. A replicação deste estudo, noutros contextos, nomeadamente em contexto institucional ou mais especificamente em contexto hospitalar, e até noutras populações, como nas crianças ou adultos, acrescentará evidência necessária aos cuidados de enfermagem e, como exposto, ao desenvolvimento das classificações.

Acredita-se que este trabalho possa contribuir para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, ao facultar evidência científica que suporta a sua prática clínica, ou seja, permitindo a cada enfermeiro ter um olhar direcionado às particulares da pessoa idosa, para que a sua intervenção seja eficaz e eficiente.

Por fim, no que respeita às implicações, este estudo traz contributos para a educação e para a prática de enfermagem, na medida em que contribuiu para o desenvolvimento e atualização das características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco no idoso, em contexto de cuidados de saúde primários em relação aos diagnósticos de enfermagem andar comprometido (00088) e risco de quedas (00155). Também prevê-se contribuir para o desenvolvimento da taxonomia da NANDA-I, através da submissão à Comissão de Desenvolvimento de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I.

4.1 – PROPOSTA DE SUBMISSÃO À COMISSÃO DE DESENVOLVIMENTO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-I

Deste estudo resultará uma proposta de submissão à Comissão de Desenvolvimento de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I, onde se sugere uma alteração nos diagnósticos *impaired walking* (00088) e *risk for falls* (00155) especificamente no idoso, acrescentando um termo do eixo “idade” no enunciado do diagnóstico. Prevê-se que a submissão seja efetuada após a defesa do presente estudo, concretizando a finalidade deste estudo.

Esta proposta de submissão à Comissão de Desenvolvimento de Diagnósticos da NANDA-I, considerando a taxonomia II atualmente em uso, e a taxonomia III, proposta na última edição publicada da classificação. A proposta refere-se aos diagnósticos de enfermagem *impaired walking* (tabela 49) e *risk for falls* no idoso (tabela 50), de acordo com os resultados e especificidade desta problemática nesta população, sugere-se adicionar um termo no eixo “idade” (idoso), que constitui um dos sete eixos possíveis na definição do diagnóstico de enfermagem (alterando os enunciados). Da proposta faz parte a tradução inversa para inglês norte-americano, com respetiva retrotradução, dos resultados obtidos neste estudo.

O presente estudo permitiu-nos explorar a problematização da classificação no domínio e na classe, as características definidoras e fatores relacionados no que respeita ao diagnóstico de enfermagem “andar comprometido” e aos fatores de risco no que respeita ao diagnósticos “risco de quedas”.

Neste sentido resultam as seguintes propostas:

- Enunciado: **Andar comprometido no idoso**

Tabela 49: Domínio e classe de “andar comprometido no idoso”.

Andar Comprometido no idoso	Domínio	Classe
Taxonomia II	4: Atividade/Repouso	2: Atividade/Exercício
Taxonomia III	4: Funcional	2: Habilidade física

Características definidoras principais: “capacidade comprometida para caminhar determinadas distâncias em determinado tempo”, “capacidade comprometida para descer em plano inclinado”, “capacidade comprometida para caminhar em superfícies irregulares”, “andar comprometido em terreno acidentado”, “capacidade comprometida da velocidade da marcha”, “capacidade comprometida para subir escadas”, “capacidade comprometida de descer escadas”, “capacidade comprometida para subir em plano inclinado” e “capacidade comprometida para alterar a velocidade da marcha”.

Características definidoras secundárias: “capacidade comprometida para andar durante o tempo requerido”, “capacidade comprometida para caminhar a distância necessária”, “postura alterada”, “capacidade comprometida para contornar lancil”, “andar comprometido na mudança de postura” e “andar comprometido perante outros desafios”.

Fatores relacionados principais: “medo de cair”, “diminuição da condição física”, “medicação (ex.: antidepressivos, antihipertensores, antipsicóticos, benzodiazepinas, inibidores da colisterase, diuréticos, anti-inflamatórios não esteroides, sedativos e hipnóticos)” e “sexo feminino”.

Fatores relacionados secundários: “diminuição na resistência”, “barreiras ambientais (ex.: escadas, inclinações, superfícies irregulares, obstáculos inseguros, distâncias, falta de dispositivos ou pessoa de assistência, restrições)”, “equilíbrio comprometido”, “compromisso cardiorrespiratório”, “força muscular insuficiente”, “fadiga”, “apoio de marcha (ex.: andarilho de rodas duplas, bengala, bengala de quatro apoios, canadianas)”, “dor” e “problemas de sono”.

A respetiva tradução do diagnóstico de enfermagem para inglês norte-americano está em apêndice (apêndice 21).

Referências:

Adell, E., Wehmhorner, S. & Rydwik, E. (2012). The test-retest reliability of 10 meters maximal walking speed in older people living in a residential care unit. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 36 (2), 74-77. DOI: 10.1519/JPT.0b013e318264b8ed.

Bellelli, G., Noale, M., Guerini, F., Turco, R., Maggi, S., Crepaldi, G. & Trabucchi, M. (2012). A prognostic model predicting recovery of walking independence of elderly patients after hip-fracture surgery: An experiment in a rehabilitation unit in Northern Italy. *Osteoporos International*, 23: 2189-2200. DOI: 10.1007/s00198-011-1849-x.

Bladh, S., Nilsson, M.H., Hariz, G.M., Westergren, A., Hobart, J. & Hagell, P. (2012). Psychometric performance of a generic walking scale (Walk-12G) in multiple sclerosis and parkinson's disease. *Journal of Neurology*, 259, 729-738. DOI: 10.1007/s00415-011-6254-z.

Boonsinsukh, R., Saengsirisuwan, V., Carlson-Kuhta, P. & Horak, F.B. (2012). A cane improves postural recovery from an unpracticed slip during walking in people with parkinson disease. *Physical Therapy Association*, 92(9), 1117-29. DOI: 10.2522/ptj.20120036.

Bryant, M. S., Pourmoghaddam, A. & Thrasher, A. (2012). Gait changes with walking devices in persons with parkinson's disease. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 7(2), 149-152. DOI: 10.3109/17483107.2011.602461.

Crisafulli, E., Lattoni, A., Venturelli, E., Siscaro, G., Beneventi, C., Cesario, A. & Clini, E. M. (2013). Predicting walking-induced oxygen desaturations in COPD patients: a statistical model. *Respiratory Care*, 58(9), 1495-1503. DOI: 10.4187/respcare.02321.

Julius, L. M., Brach, J. S., Wert, D. M. & Van-Swearingen, J. M. (2012). Perceived effort of walking: Relationship with gait, physical function and activity, fear of falling, and confidence in walking in older adults with mobility limitations. *Physical Therapy*, 92(10), 1268-1277. DOI: 10.2522/ptj.20110326.

Kieseier, B. C. & Pozzilli, C. (2012). Assessing walking disability in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 18(7), 914-924. DOI: 10.1177/1352458512444498.

Ko, M., Hughes, L. & Lewis, H. (2012). Walking speed and peak plantar pressure distribution during barefoot walking in persons with diabetes. *Physiotherapy Research International*, 17, 29-35. DOI: 10.1002/pri.509.

Ko, V., Naylor, J.M., Harris, I. A., Crosbie, J. & Yeo, A. E. (2013). The six-minute walk test is an excellent predictor of functional ambulation after total knee arthroplasty. *BMC Musculoskelet Disord*, 14(145), 1-9. DOI: 10.1186/1471-2474-14-145.

Landi, P. J., Torrejón, G. A., Muiños, R., Freue, R. D. & Semeniuk, G. B. (2013). Repercusión de la cirugía torácica y abdomino-pélvica en el estado funcional del anciano. *Medicina (B.Aires)*, 73(3), 231-237.

McGough, E. L., Logsdon, R. G., Kelly, V. E. & Teri, L. (2012). Functional mobility limitations and falls in assisted living residents with dementia: Physical performance assessment and quantitative gait analysis. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 36(2), 78-86. DOI: 10.1519/JPT.0b013e318268de7f.

Motyl, J. M., Driban, J. B., McAdams, E., Price, L. L. & McAlindon, T. E. (2013). Test-retest reliability and sensitivity of the 20-meter walk test among patients with knee Osteoarthritis. *BMC Musculoskelet Disord*, 14(166), 1-8. DOI: 10.1186/1471-2474-14-166.

Najafi, B., Bruin, E. D., Reeves, N. D., Armstrong, D. G. & Menz, H. B. (2013). The role of podiatry in the prevention of falls in older people. *Journal of the American Podiatric Medical Association, Special Issue*, 103(6), 452-456.

Okochi, J., Takahashi, T., Takamuku, K. & Escorpizo, R. (2013). Staging of mobility, transfer and walking functions of elderly persons based on the codes of the international classification of functioning, disability and health. *BMC Geriatrics*, 13(16), 0-8. DOI: 10.1186/1471-2318-13-16.

Schwesig, R., Fischer, D., Lauenroth, A., Becker, S. & Leucht, S. (2012). Can falls be predicted with gait analytical and posturographic measurement systems? A prospective follow-up study in a nursing home population. *Clinical Rehabilitation*, 27(2), 183-190. DOI: 10.1177/0269215512452880.

Shahar, D. R., Houston, D. K., Hue, T. F., Lee, J. S., Sahyoun, N. R., Tylavsky, F. A., ... Harris, T. B. (2012). Adherence to mediterranean diet and decline in walking speed over 8 years in community-dwelling older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(10), 1881-1888. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2012.04167.x.

Silva, R. C. G., Brunorio, L., Giribela, C. R. G., Bortolotto, L. A., Wolosker, N. & Consolim-Colombo, F. M. (2012). Distâncias percorridas no teste de caminhada de seis minutos: Proposta de característica definidora para o diagnóstico de enfermagem perfusão tissular periférica ineficaz. *Revista Latino-America em Enfermagem*, 20(2), 1-9.

Tsai, L. T., Rantakokko, M., Portegijs, E., Viljanen, A., Saajanaho, M., Eronen, J. & Rantanen, T. (2013). Environmental mobility barriers and walking for errands among older people who live alone vs with others. *BMC Public Health*, 13(1054), 1-17. DOI: 10.1186/1471-2458-13-1054.

- Enunciado: **Risco de quedas no idoso**

Tabela 50: Domínio e classe de “risco de quedas no idoso”.

Risco de Quedas no Idoso	Domínio	Classe
Taxonomia II	11: Segurança/Proteção	2: Lesão física
Taxonomia III	5: Segurança	3: Risco para a saúde

Fatores de risco principais: “história de quedas”, “comorbilidades”, “sexo feminino”, “polimedicção”, “dificuldade na marcha” e “fármacos”.

Fatores de risco secundárias: “medo de cair”, “compromisso da mobilidade”, “compromisso do equilíbrio”, “medicação antihipertensiva”, “tonturas”, “diminuição na força das extremidades inferiores”, “declínio nas atividades básicas de vida diária”, “insônia”, “ansiedade”, “dor crônica”, “hipertensão arterial”, “uso de auxiliar de marcha (ex.: andador, canadiana, cadeira de rodas)” e “relato de pior saúde física”.

A respetiva tradução deste diagnóstico de enfermagem para inglês norte-americano está em apêndice (apêndice 21).

Referências:

Barry, E., Galvin, R., Keogh, C., Horgan, F. & Fahey, T. (2014). Is the Timed Up and Go test a useful predictor of risk of falls in community dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 14, 14. DOI:10.1186/1471-2318-14-14.

Chen, T. & Janke, M. (2014). Predictors of falls among community-dwelling older adults with cancer: Results from the health and retirement study. *Support. Care Cancer*, 22(2), 479-485.

Fischer, B., Gleason, C., Gangnon, R., Janczewski, J., Shea, T. & Mahoney, J. (2014). Declining cognition and falls: Role of risky performance of everyday mobility activities. *Physical Therapy*, 94(3), 355-362. DOI: 10.2522/ptj.20130195.

Halvarsson, A., Franzén, E. & Stahle, A. (2013). Assessing the relative and absolute reliability of the falls efficacy scale-international questionnaire in elderly individuals with increased fall risk and the questionnaire's convergent validity in elderly women with osteoporosis. *Osteoporosis International*, 24(6), 1853-1858. DOI: 10.1007/s00198-012-2197-1.

Hardigan, P., Schwartz, D. & Hardigan, W. (2013). Using latent class analysis to model prescription medications in the measurement of falling among a

community elderly population. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 13, 60. DOI: 10.1186/1472-6947-13-60.

Hsu, C., Voss, M., Handy, T., Davis, J., Nagamatsu, L., Liu-Ambrose, T. ... Liu-Ambrose, T. (2014). Disruptions in brain networks of older fallers are associated with subsequent cognitive decline: a 12-month prospective exploratory study. *Plos ONE*, 9(4), e93673. DOI: 10.1371/journal.pone.0093673.

Karlsson, M., Magnusson, H., von Schewelow, T. & Rosengren, B. (2013). Prevention of falls in the elderly-a review. *Osteoporosis International*, 24(3), 747-762. DOI: 10.1007/s00198-012-2256-7.

Kumar, A., Carpenter, H., Morris, R., Iliffe, S. & Kendrick, D. (2014). Which factors are associated with fear of falling in community-dwelling older people?. *Age and Ageing*, 43(1), 76-84. DOI: 10.1093/ageing/aft15.

Martin, K., Blizzard, L., Srikanth, V., Wood, A., Thomson, R., Sanders, L. M. & Callisaya, M. (2013). Cognitive function modifies the effect of physiological function on the risk of multiple falls: A population-based study. *The Journals of Gerontology*, 68(9), 1091-1097. DOI: 10.1093/gerona/glt010.

Menant, J., Wong, A., Sturnieks, D., Close, J., Delbaere, K., Sacdev, P. S. ... Lord, S. (2013). Pain and anxiety mediate the relationship between dizziness and falls in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(3), 423-428. DOI: 10.1111/jgs.12131.

Muhaidat, J., Kerr, A., Evans, J. & Skelton, D. (2013). Exploring gait-related dual task tests in community-dwelling fallers and non-faller: A pilot study. *Physiotherapy Theory and Practice*, 29(5), 351-370. DOI: 10.3109/09593985.2012.752056.

Scheffer, A., van Hensbroek, P., van Dijk, N., Luitse, J., Goslings, J., Luigies, R. H. & Rooij, S. (2013). Risk factors associated with visiting or not visiting the accident & emergency department after a fall. *BMC Health Services Research*, 13, 286. DOI: 10.1186/1472-6963-13-286.

Sibley, K., Voth, J., Munce, S., Straus, S. & Jaglal, S. (2014). Chronic disease and falls in community-dwelling Canadians over 65 years old: a population-based study exploring associations with number and pattern of chronic conditions. *BMC Geriatrics*, 14, 22. DOI: 10.1186/1471-2318-14-22.

Stone, K., Blackwell, T., Ancoli-Israel, S., Cauley, J., Redline, S., Marshall, L. M., ... Ensrud, K. (2014). Sleep disturbances and risk of falls in older community-dwelling men: The outcomes of sleep disorders in older men (MrOS Sleep) study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(2), 299-305. DOI: 10.1111/jgs.12649.

Stubbs, B., Eggermont, L., Patchay, S. & Schofield, P. (2014). Pain interference is associated with psychological concerns related to falls in community-dwelling older adults: Multisite observational study. *Physical Therapy*, 94(10), 1410-1420. DOI: 10.2522/ptj.20140093.

Thaler-Kall, K., Doring, A., Peters, A., Thorand, B., Grill, E., Koenig, W. & Meisinger, C. (2014). Association between anemia and falls in community-dwelling older people: cross-sectional results from the KORA-Age study. *BMC Geriatrics*, 14, 29. DOI: 10.1186/1471-2318-14-29.

de Vries, O., Peeters, G., Lips, P. & Deeg, D. (2013). Does frailty predict increased risk of falls and fractures? A prospective population-based study. *Osteoporosis International*, 24(9), 2397-2403. DOI: 10.1007/s00198-013-2303-z.

5 - REFERÊNCIAS

Abrantes, J. M. C. S. (2007). Rigidez dinâmica como indicador da estabilidade articular. In *Comunicação apresentada no XII Congresso Brasileiro de Biomecânica*, São Paulo: Tec Art, 1-8.

Abrunheiro, S. F., Apóstolo, J. L. & Pinto, J. M. (2015). Vivendo o envelhecer: Uma perspectiva fenomenológica. J. Apóstolo, & M. Almeida (Eds.), *Enfermagem de Saúde do Idoso. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (pp. 63-84). Coimbra, Portugal. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)/Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

Adell, E., Wehmhorner, S. & Rydwick, E. (2013). The test-retest reliability of 10 meters maximal walking speed in older people living in a residential care unit. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 36 (2), 74-77. DOI: 10.1519/JPT.0b013e318264b8ed.

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2014). *Programa Operacional Madeira 14-20*. p. 42-43.

Albouy, G., Sterpenich, V., Balteau, E., Vandewalle, G., Desseilles, M., Dang-Vu, T. ... Maquet, P. (2008). Both the hippocampus and striatum are involved in consolidation of motor sequence memory. *Neuron*, 58, 261-272. DOI: 10.1016/j.neuron.2008.02.008.

Alexandre, T., Meira, D., Rico, N. & Mizuta, S. (2012). Accuracy of timed up and go test for screening risk of falls among community-dwelling elderly. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 16(5), 381-388.

Allet, L., Armand, S., Bie, R. A., Golay, A., Pataky, Z., Aminian, K. & Bruin, E. D. (2009). Clinical factors associated with gait alterations in diabetic patients. *Diabetic Medicine*, 26, 1003-1009. DOI: 10.1111/j.1464-5491.2009.02811.x.

Allet, L., Armand, S., Bie, R. A., Golay, A., Monnin, D., Aminian, K. ... Bruin, E. D. (2010). The gait and balance of patients with diabetes can be improved: a randomised controlled trial. *Diabetologia*, 53, 458-466. DOI: 10.1007/s00125-009-1592-4.

Almeida, M. A., Seganfredo, D. H., Araujo, V. G., Lucena, A. F., Unicovsky, M. R., Barreto, L. N. M. ... Vieira, R. W. (2008). *Validação de resultados de enfermagem segundo a nursing outcomes classification (NOC) na prática clínica de um hospital universitário*. Anuais do 9º Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem. Brasília: ABEn.

Anderson, T. W. (1958). *An introduction to multivariate statistical analysis*. John Wiley & Sons, Inc. New York.

Angst, F., Goldhahn, J., Drerup, S., Kolling, C., Aeschlimann, A., Simmen, B. R., & Schwyzer, H. K. (2012). Responsiveness of five outcome measurement

instruments in total elbow arthroplasty. *Arthritis Care & Research*, 64(11), 1749-1755.

Apóstolo, J. (2010). *O conforto pelas imagens mentais: Depressão, ansiedade e stresse*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Arnold, C., Faulkner, R. & Gyurcsik, N. (2011). The relationship between falls efficacy and improvement in fall risk factors following an exercise plus educational intervention for older adults with hip osteoarthritis. *Physiotherapy Canada*, 63(4), 410-420. DOI: 10.3138/ptc.2010-29.

Atalaia, T. & Abrantes, J. M. C. S. (2011). Medial-lateral cop-rearfoot relation during stance. In R. N. Jorge, J. M. R. S. Tavares, M. Pinotti & A. Slade (Ed.). *Proceedings of the 6th International Conference on Technology and Medical Sciences*. (pp. 177-181). Porto: Taylor & Francis Group - CRC Press.

Atalaia, T., Abrantes, J. M. C. S. & Castro-Caldas, A. (2015). Influence of footedness on dynamic joint stiffness during the gait stance phase. *Journal of Scientific Research & Reports*, 5(2), 175-183. DOI: 10.9734/JSRR/2015/14745.

Avant, K., Zeller, R. & Zeller, L. (2013). Introdução às taxonomias: O que são e por que a enfermagem precisa delas. In NANDA Internacional Inc. T. Herdman & E. Carvalho (Org.). *PRONANDA Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem: Conceitos básicos*. (pp. 11-28). Porto Alegre: Artmed Panamericana.

Bae, Y. H., Ko, Y. J., Ha, H.G., Ahn, S. Y., Lee, W. H. & Lee, S. M. (2015). An efficacy study on improving balance and gait in subacute stroke patients by balance training with additional motor imagery: A pilot study. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(10), 3245-3248.

Baharlouei, H., Salavati, M., Akhbari, B., Mosallanezhad, Z., Mazaheri, M. & Negahban, H. (2013). Cross-cultural validation of the falls efficacy scale international (FES-I) using self-report and interview-based questionnaires among persian-speaking elderly adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 57(3), 339-344. DOI: 10.1016/j.archger.2013.06.005.

Baixinho, C. & Dixe, M. A. (2014). Monitoramento de episódios de quedas em instituição para idosos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(1), 28-34. DOI: 10.5216/ree.v16i1.20650.

Baixinho, C. (2008). Capacidade de deambulação após fratura do colo do fêmur: Revisão sistemática da literatura. *Revista Referência*, 11(8), 79-86.

Baixinho, C. R. S. L. (2014). *Gestão do risco de queda em equipamentos para idosos*. (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Barbetta, D. D. C. & Assis, M. R. (2008). Reprodutibilidade, validade e responsividade da escala de Medida de Independência Funcional (MIF) na lesão medular: Revisão da literatura. *Acta Fisiátrica*, 15(3), 176-181.

Barros, A. (2009). Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 864-867.

Barros, K., Carvalho, D. & Lemos, I. (2013). Modelos metodológicos de análise de conceito em estudos desenvolvidos na enfermagem. In NANDA Internacional Inc. T. Herdman & E. Carvalho (Org.). *PRONANDA Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem: Ciclo 1*. (pp. 61-87). Porto Alegre: Artmed Panamericana.

Barry, E., Galvin, R., Keogh, C., Horgan, F. & Fahey, T. (2014). Is the timed up and go test a useful predictor of risk of falls in community dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 14, 14. DOI:10.1186/1471-2318-14-14.

Bartz, C.C. (2011). ICNPR & Health: History and possibilities. In: *Proceedings of the XXIII International Conference of the European Federation for Medical Informatics*. Oslo.

Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz M. B. (2007). *Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures*. Revised (2002, 2007). Institute for Work & Health.

Beck, A. P., Antes, D. L., Meurer, S. T., Benedetti, T. N. R. B. & Lopes, M. A. (2011). Fatores associados às quedas entre idosos praticantes de atividades físicas. *Texto and Contexto Enfermagem*, 20(2), 280. Bellelli, G., Noale, M., Guerini, F., Turco, R., Maggi, S., Crepaldi, G. & Trabucchi, M. (2012). A prognostic model predicting recovery of walking independence of elderly patients after hip-fracture surgery: An experiment in a rehabilitation unit in Northern Italy. *Osteoporosis International*, 23, 2189-2200. DOI: 10.1007/s00198-011-1849-x.

Bettany-Saltikov, J. (2012). *How to do a systematic literature review in nursing: A step-by-step guide*. Berkshire: McGraw-Hill International.

Billis, E., Strimpakos, N., Kapreli, E., Sakellari, V., Skelton, D., Dontas, I. ... Gioftsos, G. (2011). Cross-cultural validation of the falls efficacy scale international (FES-I) in Greek community-dwelling older adults. *Disability and Rehabilitation*, 33(19-20), 1776-1784. DOI: 10.3109/09638288.2010.546937.

Bittencourt G. K. & Crossetti M. G. (2013). Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(2), 341-7. DOI: 10.1590/S0080-62342013000200010.

Bladh, S., Nilsson, M.H., Hariz, G.M., Westergren, A., Hobart, J. & Hagell, P. (2012). Psychometric performance of a generic walking scale (Walk-12G) in multiple sclerosis and parkinson's disease. *Journal of Neurology*, 259, 729-738. DOI: 10.1007/s00415-011-6254-z.

Boonsinsukh, R., Saengsirisuwan, V., Carlson-Kuhta, P. & Horak, F. B. (2012). A cane improves postural recovery from an unpracticed slip during walking in people with parkinson disease. *Physical Therapy Association*, 92(9), 1117-29. DOI: 10.2522/ptj.20120036.

Broome, M. (2000). Integrative literature reviews for the development of concepts. In B. Rodgers & K. Knafl (Org.). *Concept development in nursing-foundations, techniques and applications*. (pp. 231-250). Philadelphia: Saunders.

Bryant, M. S., Pourmoghaddam, A. & Thrasher, A. (2012). Gait changes with walking devices in persons with parkinson's disease. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 7(2), 149-152. DOI: 10.3109/17483107.2011.602461.

Bulechek, G. M., Butcher, H. K. & Dochterman, M. J. (2008). *Nursing Intervention Classification (NIC)*. 5 ed. St. Louis: Mosby-Year Book.

Buracchio, T., Mattek, N., Dodge, H., Hayes, T., Pavel, M., Kaye, J. & Kaye, J. (2011). Executive function predicts risk of falls in older adults without balance impairment. *BMC Geriatrics*, 11, 74. DOI: 10.1186/1471-2318-11-74.

Caldeira, S. (2012). *Validação do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual*. (Tese de Doutorado). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Caldeira, S. M. A., Chaves, E. C. L., Carvalho, E. C. & Vieira, M. M.S. (2012). Validation of nursing diagnoses: The differential diagnostic validation model as a strategy. *Journal of Nursing UFPE on line*, 6(6), 1441-1445. DOI: 10.5205/01012007.

Caldeira, S., Timmins, F., Carvalho, E. C. & Vieira, M. (2015). Clinical validation of the nursing diagnosis spiritual distress in cancer patients undergoing chemotherapy. *International Journal of Nursing Knowledge*, 1-9. DOI: 10.1111/2047-3095.12105.

Camargos, F., Dias, R., Dias, J. & Freire, M. (2010). Cross-cultural adaptation and evaluation of the psychometric properties of the falls efficacy scale-international among elderly brazilians (FES-I-Brazil). *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 14(3), 237-243.

Carinhas, M., Eusébio, A., Carvalho, L., Lopes, T. & Braga, R. (2013). *Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade: Posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Guia orientador de boas práticas. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Carvalho, E. C., Cruz, D. A. & Herdman, T. H. (2013). Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66 (esp), 134-41. DOI: 10.1590/S0034-71672013000700017.

Carvalho, E., Mello, A., Napoleão, A., Bachion, M., Dalri, M. & Canini, S. (2008). Validação de diagnóstico de enfermagem: Reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(1), 235-240. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a22.htm>.

Caseiro, M. & Silva, M. (2008). Factores predisponentes e incidentes críticos do declínio funcional da pessoa idosa. *EssFisiOnline*, 4(1), 15-34. Disponível em: <http://www.ifisionline.ips.pt/media/essfisionline/vol4n1.pdf>.

Castro-Caldas, A. (2008). *Viagem ao cérebro e algumas das suas competências*. Lisboa: Universidade Católica Editora. Campus do saber, nº 18.

Cattell, R. B (1966). *Handbook of multivariate experimental psychology*. Chicago: Rand McNally.

Cebolla, E. C., Rodacki, A. F. & Bento, P. B. (2015). Balance, gait, functionality and strength: Comparison between elderly fallers and non-fallers. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 19(2), 146-151. DOI: 10.1590/bjpt-rbf.2014.0085.

Cerullo, J. A. & Cruz, D. A. (2010). Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(1), 06 telas.

Chau, F., Soares, C., Fialho, J. A. & Sacadura, M. J. (2012). *O envelhecimento da população: Dependência, activação e qualidade*. (Relatório final). Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Chaves, E. (2008). *Revisão do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual*. (Tese de Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil.

Chaves, E., Carvalho, E. & Rossi, L. (2008). Validação de diagnósticos de enfermagem: Tipos, modelos e componentes validados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(2), 513-520. DOI: 10.1590/S0034-71672013000500002.

Chaves, E. C. L., Carvalho, E. C., Dantas, R. A. S, Terra, F. S., Nogueira, D. P. & Souza L. (2010). Validação da escala de espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 4(2), 715-721.

Chen, T. & Janke, M. (2014). Predictors of falls among community-dwelling older adults with cancer: Results from the health and retirement study. *Support. Care Cancer*, 22(2), 479-485.

Chiang, C. Y. & Sun, F. K. (2009). The effects of a walking program on older chinese american immigrants with hypertension: A pretest and posttest quasi-experimental design. *Public Health Nursing*, 26(3), 240-248. DOI: 10.1111/j.1525-1446.2009.00776.x.

Cochrane, J. H. (2009). *Asset pricing: (Revised edition)*. Princeton University Press.

Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.

Comissão Económica e Social Europeia (CESE) (2012). *Envelhecimento ativo/horizonte 2019*. Bruxelas.

Comissão Europeia (CE) (2010). *Population, Europe in figures - Eurostat yearbook 2010*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Costa, M. F. (2009). *Sexualidade e amor na terceira idade*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto.

Costa-Dias, M. J. (2014). *Quedas em contexto hospitalar: Fatores de risco*. (Tese de Doutorado). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Costa-Dias, M. J., Martins, T. & Araújo, F. (2014). Estudo do ponto de corte da escala de quedas de morse (MFS). *Revista Referência*, IV(1), 65-74.

Costa-Dias, M. J., Oliveira, A. S., Moreira, C. N., Santos, A. S., Martins, T. & Araújo, F. (2013). Quedas dos doentes internados em serviços hospitalares, associação com os grupos terapêuticos. *Revista Referência*, III(9), 105-114.

Creason, N. (2004). Clinical validation of nursing diagnoses. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 15(4), 123-132. DOI: 10.1111/j.1744-618X.2004.tb00009.x.

Crenna, P. & Frigo, C. (2011). Dynamics of the ankle joint analyzed through moment-angle loops during human walking: Gender and age effects. *Human Movement Science*, 30(6), 1185-98. DOI:10.1016/j.humov.2011.02.009.

Crisafulli, E., Lattoni, A., Venturelli, E., Siscaro, G., Beneventi, C., Cesario, A. & Clini, E. M. (2013). Predicting walking-induced oxygen desaturations in COPD patients: A statistical model. *Respiratory Care*, 58(9), 1495-1503. DOI: 10.4187/respcare.02321.

Cruz, D. D. A., Cruz, I. C. F. & Secaf, V. (1991). Taxonomia dos diagnósticos de enfermagem: Evolução e razões do uso. *Acta Paulista de Enfermagem*, 4(2/4), 28-34.

Currin, M., Comans, T., Heathcote, K. & Haines, T. (2012). Staying safe at home: Home environmental audit recommendations and uptake in an older

population at high risk of falling. *Australasian Journal on Ageing*, 31(2), 90-95. DOI: 10.1111/j.1741-6612.2011.00545.x.

Davim, R. M. B., de Araújo, M. G. P., Galvão, M. C. B. & Mota, G. M. (2010). Revisão de literatura sobre diagnósticos de enfermagem. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 4(3), 1023-1030.

de Vries, O., Peeters, G., Lips, P. & Deeg, D. (2013). Does frailty predict increased risk of falls and fractures? A prospective population-based study. *Osteoporosis International*, 24(9), 2397-2403. DOI: 10.1007/s00198-013-2303-z.

Decreto-Lei n.º 161/96 (1996), com alterações introduzidas pelo Decreto Lei n.º 104/98 (1998). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). *Diário da República*, I Série-A, 93 (21-04-1998), 1739-1757.

Delbaere, K., Smith, S. & Lord, S. (2011). Development and initial validation of the iconographical falls efficacy scale. *Journal of Gerontology*, 66(6), 674-680. DOI: 10.1093/gerona/glr019.

Delbaere, K., Close, J., Mikolaizak, A., Sachdev, P., Brodaty, H. & Lord, S. (2010). The falls efficacy scale international (FES-I): A comprehensive longitudinal validation study. *Age and Ageing*, 39(2), 210-216. DOI: 10.1093/ageing/afp225.

Delbaere, K., Close, J., Taylor, M., Wesson, J. & Lord, S. (2013). Validation of the iconographical falls efficacy scale in cognitively impaired older people. *The Journal of Gerontology*, 68(9), 1098-1102. DOI: 10.1093/gerona/glt007.

Direção Geral da Saúde (DGS) (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção Geral de Saúde (DGS) (2004). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Dochterman, M. J. & Bulechek, G. M. (2008). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed.

Donahoo, C. & Dimon, J. (2008). *Enfermagem em ortopedia e traumatologia*. S. Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.

Du, H. Y., Newton, J. P., Salamonson, Y., Carrieri-Kohlman, V. L. & Davidson, P. M. (2009). A review of the six-minute walk test: Its implication as a self-administered assessment tool. *European Journal Cardiovascular Nursing*, 8, 2-8. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2008.07.001.

Eggermont, L., Penninx, B., Jones, R. & Leveille, S. (2012). Depressive symptoms, chronic pain, and falls in older community-dwelling adults: The MOBILIZE Boston study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(2), 230-237. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2011.03829.x.

Elliott, S., Ivanescu, A., Leland, N., Fogo, J., Painter, J. & Trujillo, L. (2012). Feasibility of interdisciplinary community-based fall risk screening. *American Journal of Occupational Therapy*, 66(2), 161-168. DOI: 10.5014/ajot.2012.002444.

Etman, A., Wijnhuizen, G., van Heuvelen, M., Chorus, A. & Hopman-Rock M. (2012). Falls incidence underestimates the risk of fall-related injuries in older age groups: A comparison with the FARE (Falls risk by Exposure). *Age and Ageing*, 41(2), 190-195. DOI: 10.1093/ageing/afr178.

Fehring, R. (1986). Validation: Validating diagnostic labels: Standardized methodology. In M Hurley (Ed). *Classification of nursing diagnoses: proceedings*

of the sixth conference of North American Nursing Diagnosis Association (183-190). St Louis: Mosby.

Fehring, R. (1987). Methods to validate nursing diagnoses. *Heart & Lung*, 16(6), 625-629.

Fehring, R. (1994). The Fehring Model. In R. Carrol-Johnson & M. Paquete (Eds). *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnosis Association*. (pp. 55-62). Philadelphia: Lippincott.

Fernandes, S. M. D. (2010). *Decisão ética em enfermagem: Do problema aos fundamentos para o agir*. (Tese de Doutorado). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Fhon, J. R. S., Rosset, I., Freitas, C. P., Silva, A. O., Santos, J. L. F. & Rodrigues, R. A. P. (2013). Prevalência de quedas de idosos em situação de fragilidade. *Revista de Saúde Pública*, 47(2), 266-273. Filiatrault, J. & Desrosiers, J. (2011). Coping strategies used by seniors going through the normal aging process: Does fear of falling matter?. *Gerontology*, 57(3), 228-236. DOI: 10.1159/000314529.

Fischer, B., Gleason, C., Gangnon, R., Janczewski, J., Shea, T. & Mahoney, J. (2014). Declining cognition and falls: Role of risky performance of everyday mobility activities. *Physical Therapy*, 94(3), 355-362. DOI: 10.2522/ptj.20130195.

Fitzpatrick, R., Davey, C., Buxton, M. J. & Jones, D. R. (1998). Evaluating patient based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technology Assessment*, 2(14), 1-74.

Flood, M. (2006). A Mid-range nursing theory of successful aging. *The Journal of Theory Construction & Testing*, 9(2), 35-39.

Fonseca, C. (2014). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem*. (Tese de Doutorado). Universidade de Lisboa, Lisboa.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Freiberger, E., Haberle, L., Spirduso, W. & Zijlstra G. (2012). Long-term effects of three multicomponent exercise interventions on physical performance and fall-related psychological outcomes in community-dwelling older adults: A randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(3), 437-446. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2011.03859.x.

Gabriel, R. C., Abrantes, J., Granata, K., Bulas- Cruz, J., Melo-Pinto, P. & Filipe, V. (2008). Dynamic joint stiffness of the ankle during walking: Gender-related differences. *Physical Therapy in Sport*, 9(1), 16-24. DOI: 10.1016/j.ptsp.2007.08.002.

Galdeano, L. & Rossi, L. (2006). Validação de conteúdo diagnóstico: Critérios para seleção de expertos. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5(1), 60-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v5i1.5112>.

Galvão, C. M., Sawada, N.O. & Trevizan, M. A. (2004). Revisão sistemática: Recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática

da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(3), 549-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000400023>.

Gangavati, A., Hajjar, I., Quach, L., Jones, R., Kiely, D., ... Lipsitz, L. (2011). Hypertension, orthostatic hypotension, and the risk of falls in a community-dwelling elderly population: the maintenance of balance, independent living, intellect, and zest in the elderly of Boston study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(3), 383-389. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2011.03317.x.

Garbin, L. M., Rodrigues, C. C., Rossi, L. A. & Carvalho, E. C. (2009). Classificação de resultados de enfermagem (NOC): Identificação da produção científica relacionada. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(3), 508-15.

Garcia, T. R. & Nobrega, M. M. L. (2013). A terminologia CIPE® e a participação do centro CIPE® brasileiro em seu desenvolvimento e disseminação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(esp), 142-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700018>.

Garcia, T. R. (1998). Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 11(3), 24-31.

Gheysen, F., Van Opstal, F., Roggeman, C., Van Waelvelde, H. & Fias, W. (2010). Hippocampal contribution to early and later stages of implicit motor sequence learning. *Experimental Brain Research*, 202, 795-807. DOI: 10.1007/s00221-010-2186-6.

Gorsuch, R. L. (2003). Fator analysis. In J. A. Schinka & W. F. Velicer (Eds), *Handbook of Psychology: Research Methods in Psychology*.

Grove, S., Burns, N. & Gray, J. (2013). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence*. Seventh Edition. Missouri: Elsevier Saunders.

Guillemin, F., Bombardier, C. & Beaton, D. (1993). Cross cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12), 1.417-1.432.

Hajek, A., Lehnert, T., Ernst, A., Lange, C., Wiese, B., Prokein, J. ... Koning, H. (2015). Prevalence and determinants of overweight and obesity in old age in Germany. *BMC Geriatrics*, 1583. DOI: 10.1186/s12877-015-0081-5.

Hall, C. D., Echt, K. V., Wolf, S. L. & Rogers, W. A. (2011). Cognitive and motor mechanisms underlying older adults' ability to divide attention while walking. *Physical Therapy*, 91(7), 1039-1050. DOI: 10.2522/ptj.20100114.

Halvarsson, A., Franzén, E. & Stahle, A. (2013a). Assessing the relative and absolute reliability of the falls efficacy scale-international questionnaire in elderly individuals with increased fall risk and the questionnaire's convergent validity in elderly women with osteoporosis. *Osteoporosis International*, 24(6), 1853-1858. DOI: 10.1007/s00198-012-2197-1.

Halvarsson, A., Franzén, E. & Stahle, A. (2015). Balance training with multi-task exercises improves fall-related self-efficacy, gait, balance performance and physical function in older adults with osteoporosis: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 29(4): 365-375. DOI: 10.1177/0269215514544983.

Halvarsson, A., Franzén, E., Farén, E., Olsson, E., Oddsson, L. & Stahle A. (2013b). Long-term effects of new progressive group balance training for elderly

people with increased risk of falling: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 27(5), 450-458. DOI: 10.1177/0269215512462908.

Hardigan, P., Schwartz, D. & Hardigan, W. (2013). Using latent class analysis to model prescription medications in the measurement of falling among a community elderly population. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 13, 60. DOI: 10.1186/1472-6947-13-60.

Herdman, T. H. & Kamitsuru, S. (Ed.) (2014). *NANDA - International - Nursing Diagnoses: Definitions and classification 2015-2017*. Oxford: Wiley-Blackwell.

Herdman, T. H. (2013). Diagnósticos de enfermagem e sua relação com o raciocínio clínico. In NANDA Internacional Inc. T. Herdman & E. Carvalho (Org.). *PRONANDA Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem: Conceitos básicos*. (pp. 29-62). Porto Alegre: Artmed Panamericana.

Herdman, T. H. (Ed.) (2012). *NANDA International: Nursing diagnoses: definitions and classification 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell.

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.

Honaker, J. & Shepard, N. (2011). Use of the dynamic visual acuity test as a screener for community-dwelling older adults who fall. *Journal of Vestibular Research*, 21(5), 267-276. DOI: 10.3233/VES-2011-0427.

Hsu, C., Voss, M., Handy, T., Davis, J., Nagamatsu, L., Liu-Ambrose, T. ... Liu-Ambrose, T. (2014). Disruptions in brain networks of older fallers are associated with subsequent cognitive decline: a 12-month prospective exploratory study. *Plos ONE*, 9(4), e93673. DOI: 10.1371/journal.pone.0093673.

Huang, W. N., van Swearingen, J. M. & Brach, J. S. (2008). Gait variability in older adults: Observational rating validated by comparison with a computerized walkway gold standard. *Physical Therapy*, 88(10), 1146-1153. DOI: 10.2522/ptj.20070243.

Huber, F. & Wells, C. (2009). *Exercícios terapêuticos: Planeamento do tratamento para a progressão*. Loures: Editora Lusodidacta.

Hunter, K., Voaklander, D., Hsu, Z. & Moore, K. (2013). Lower urinary tract symptoms and falls risk among older women receiving home support: A prospective cohort study. *BMC Geriatrics*, 13, 46. DOI: 10.1186/1471-2318-13-46.

Ikezoe, T., Mori, N., Nakamura, M. & Ichihashi, N. (2011). Atrophy of the lower limbs in elderly women: Is it related to walking ability? *European Journal of Applied Physiology*, 111, 989-995. DOI: 10.1007/s00421-010-1728-8.

Inagaki, R. K., Yamaguchi, M. H., Kassada, D., Matsuda, L. M. & Marcon, S. S. (2008). A vivência de uma idosa cuidadora de um idoso doente crônico. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 7(2). DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v7i0.20802.

Ingham, B., Chirijevskis, A. & Carmichael, F. (2009). Implications of an increasing old-age dependency ratio: The UK and Latvian experiences compared. *Pensions: An International Journal*, 14(4), 221-230. DOI: 10.1057/pm.2009.16.

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2011). *Censos 2011: Relatório definitivo*. Portugal, Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2013). *Estatísticas demográficas 2012*. Portugal: Instituto Nacional de Estatística.

International Council of Nurses (ICN) (1993). *Nursing's next advance: An international classification for nursing practice (ICNP)*. Geneva: International Council of Nurses.

International Council of Nurses (ICN) (2006). *ICN code of ethics for nurses*. Geneva, Switzerland.

International Council of Nurses (ICN) (2008). *Guidelines for ICNPR catalogue development*. Geneva: International Council of Nurses.

International Organization for Standardization (ISO) (2003). *Health informatics: Integration of a reference terminology model for nursing*. Geneva: International Organization for Standardization.

Ishimoto, Y., Wada, T., Kasahara, Y., Kimura, Y., Fukutomi, E., Matsubayashi, K. ... Matsubayashi, K. (2012). Fall risk index predicts functional decline regardless of fall experiences among community-dwelling elderly. *Geriatrics & Gerontology International*, 12(4), 659-666. DOI: 10.1111/j.1447-0594.2012.00837.x.

Jenkyn, K., Hoch, J. & Speechley, M. (2012). How much are we willing to pay to prevent a fall? Cost-effectiveness of a multifactorial falls prevention program for community-dwelling older adults. *The Canadian Journal on Aging*, 31(2), 121-137. DOI: 10.1017/S0714980812000074.

Julius, L. M., Brach, J. S., Wert, D. M. & Van-Swearingen, J. M. (2012). Perceived effort of walking: Relationship with gait, physical function and activity, fear of falling, and confidence in walking in older adults with mobility limitations. *Physical Therapy*, 92(10), 1268-1277. DOI: 10.2522/ptj.20110326.

Jung, D. I., Ko, D. S. & Jeong, M. A. (2015). Kinematic effect of Nintendo wii™ sports program exercise on obstacle gait in elderly women with falling risk. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(5), 1397-1400. DOI: 10.1589/jpts.27.1397.

Kaegi, C., Boudreault, R., Rousseau, J., Bourbonnais, D., Nadeau, S. & Dubé, F. (2008). Development of a walking safety scale for older adults, part I: Content validity of the GEM scale. *Physiotherapy Canada*, 60(3), 264-273. DOI: 10.3138/physio.60.3.264.

Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 31-36.

Karlsson, M., Magnusson, H., von Schewelow, T. & Rosengren, B. (2013). Prevention of falls in the elderly-a review. *Osteoporosis International*, 24(3), 747-762. DOI: 10.1007/s00198-012-2256-7.

Kearney, P. & Pryor, J. (2004). The international classification of functioning, disability and health (ICF) and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (2), 162-170.

Kelsey, J., Procter-Gray, E., Berry, S., Hannan, M., Kiel, D., Lipstz, L. A. & Li, W. (2012a). Reevaluating the implications of recurrent falls in older adults: Location changes the inference. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(3), 517-524. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2011.03834.x.

Kelsey, J., Procter-Gray, E., Hannan & M., Wenjun, L. (2012b). Heterogeneity of falls among older adults: Implications for public health prevention.

The American Journal of Public Health, 102(11), 2149-2156. DOI: 10.2105/AJPH.2012.300677.

Kempen, G., Todd, C., Van-Haastregt, J., Zijlstra, G., Beyer, N., Freiburger, E. ... Yardley, L. (2007). Cross-cultural validation of the falls efficacy scale international (FES-I) in older people: Results from Germany, the Netherlands and the UK were satisfactory. *Disability and Rehabilitation*, 29(2), 155-162.

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (2007). *El Pensamiento enfermero* (M. B. Trad.). Barcelona: Elsevier Masson.

Kieseier, B. C. & Pozzilli, C. (2012). Assessing walking disability in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 18(7), 914-924. DOI: 10.1177/1352458512444498.

Kim, H., Choi, W., Lee, K. & Song, C. (2015a). Virtual dual-task treadmill training using video recording for gait of chronic stroke survivors: A randomized controlled trial. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(12), 3693-32697. DOI: 10.1589/jpts.27.3693.

Kim, N. J., Kim, J. S., Wang, J. S., Park, J. H. & Choi, J. H. (2015b). The effects of isometric trunk exercises and dynamic trunk exercises on gait in elderly people. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(6), 1685-1689. DOI: 10.1589/jpts.27.1685.

Kim, S. & Kim, M. (2015). The intra and inter-rater reliabilities of the short form berg balance scale in institutionalized elderly people. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(9), 2733-2734. DOI: 10.1589/jpts.27.2733.

Klein, D., Nagel, G., Kleiner, A., Ulmer, H., Rehberger, B., Concin, H. & Rapp, K. (2013). Blood pressure and falls in community-dwelling people aged 60 years and older in the VHM & PP cohort. *BMC Geriatrics*, 13, 50. DOI: 10.1186/1471-2318-13-50.

Ko, M., Hughes, L. & Lewis, H. (2012). Walking speed and peak plantar pressure distribution during barefoot walking in persons with diabetes. *Physiotherapy Research International*, 17, 29-35. DOI: 10.1002/pri.509.

Ko, V., Naylor, J.M., Harris, I. A., Crosbie, J. & Yeo, A. E. (2013). The six-minute walk test is an excellent predictor of functional ambulation after total knee arthroplasty. *BMC Musculoskeletal Disord*, 14(145), 1-9. DOI: 10.1186/1471-2474-14-145.

Kocur, P., Wiernicka, M., Wilski, M., Kaminska, E., Furmaniuk, L., Maslowska, M. F. & Lewandowski, J. (2015). Does nordic walking improves the postural control and gait parameters of womwn between the age 65 and 74: A randomized trial. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(12), 3733-3737.

Koithan, M. (2014). Concepts and principles of integrative nursing. In M. J. Kreitzer & M. Koithan (Ed.). *Integrative Nursing*. (pp. 3-16). New York: Oxford University Press.

Kollen, B., Kwakkel, C. & Lindenian, F. (2006). Time dependency on walking classification in stroke. *Physical Thererapy*, 86(5), 618-625.

Koster, A., Marjolein, H., Groenou, B., Kempen, G., Pennix, B., Eijk, J. & Deeg, D. (2006). Explanations of socioeconomic differences in changes in physical function in older adults: Results from the longitudinal aging study Amsterdam. *BMC Public Health*, 6 (244). DOI: 10.1186/1471-2458-6-244.

Kuhirunyaratn, P., Prasomrak, P. & Jindawong, B. (2013). Factors related to falls among community dwelling elderly. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 44(5), 906-915.

Kumar, A., Carpenter, H., Morris, R., Iliffe, S. & Kendrick, D. (2014). Which factors are associated with fear of falling in community-dwelling older people?. *Age and Ageing*, 43(1), 76-84. DOI: 10.1093/ageing/aft15.

Kwan, M., Close, J., Wong, A. & Lord, S. (2011). Falls incidence, risk factors, and consequences in Chinese older people: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(3), 536-543. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2010.03286.x.

Kwan, M., Tsang, W., Close, J. & Lord, S. (2013a). Development and validation of a chinese version of the falls efficacy scale international. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56(1), 169-174. DOI: 10.1016/j.archger.2012.10.007.

Kwan, M., Tsang, W., Lin, S., Greenaway, M., Close, J. & Lord, S. (2013b). Increased concern is protective for falls in chinese older people: The chopstix fall risk study. *Journal of Gerontology*, 68(8), 946-953. DOI: 10.1093/gerona/gls338.

Landi, P. J., Torrejón, G. A., Muiños, R., Freue, R. D. & Semeniuk, G. B. (2013). Repercusión de la cirugía torácica y abdómino-pélvica en el estado funcional del anciano. *Medicina (B.Aires)*, 73(3), 231-237.

Launay, C., Decker, L., Annweiler, C., Kabeshova, A., Fantino, B. & Beauchet, O. (2013). Association of depressive symptoms with recurrent falls: A cross-sectional elderly population based study and a systematic review. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 17(2), 152-157. DOI: 10.1007/s12603-012-0370-z.

Lawson, S. N., Zaluski, N., Petrie, A., Arnold, C., Basran, J., & Dal Bello-Haas, V. (2013). Validation of the saskatoon falls prevention consortium's falls screening and referral algorithm. *Physiotherapy Canada*, 65(1), 31-39.

Lee, A., Park, J. & Lee, S. (2015). Gait analysis of elderly women afeter total knee arthroplasty. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(3), 591-595. DOI: 10.1589/jpts.27.591.

Lenardt, M. H., Sousa, J. A. V., Grden, C. R. B., Betiolli, S. E., Carneiro, N. H. K. & Ribeiro, D. K. M. N. (2015). Gait speed and cognitive score in elderly users of the primary care service. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(6), 851-6. DOI: 10.1590/0034-7167.2015680623i.

Leung, K., Trevena, L. & Waters, D. (2012). Development of an appraisal tool to evaluate strength of an instrument or outcome measure. *Nurse Researcher*, 20(2), 13-19.

Liao, K., Pu, S., Lin, C., Chang, H., Chen, Y. & Liu, M. (2012). Association between the metabolic syndrome and its components with falls in community-dwelling older adults. *Metabolic Syndrome and Related Disorders*, 10(6), 447-451. DOI: 10.1089/met.2012.0046.

Lim, Y. & Sung, M. (2012). Home environmental and health-related factors among home fallers and recurrent fallers in community dwelling older Korean women. *The International Journal of Nursing Practice*, 18(5), 481-488. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2012.02060.x.

Lin, C., Liao, K., Pu, S., Chen, Y. & Liu, M. (2011). Associated factors for falls among the community-dwelling older people assessed by annual geriatric health examinations. *Plos ONE*, 6(4), e18976. DOI: 10.1371/journal.pone.0018976.

Lindquist, R., Witt, D. R. & Crane, L. (2014). Integrative nursing management of stress. In M. J. Kreitzer & M. Koithan (Ed.). *Integrative Nursing*. (pp. 200-213). New York: Oxford University Press.

Lo, A. X., Donnelly, J. P., McGwin, G., Bittner, V., Ahmed, A., Brown, C. J. & McGwin, G. J. (2015). Impact of gait speed and instrumental activities of daily living on all-cause mortality in adults ≥ 65 years with heart failure. *The American Journal of Cardiology*, 115(6), 797-801. DOI: 10.1016/j.amjcard.2014.12.044.

Lopes, M. J., Escoval, A., Pereira, D. G., Pereira, C. S., Carvalho, C. & Fonseca, C. (2013a). Avaliação da funcionalidade e necessidade de cuidados dos idosos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21 (Spec.). Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281425764008>.

Lopes, M. T., Lage, J. S., Vancini-Campanharo, C. R., Okuno, M. P. & Batista, R. A. (2015). Factors associated with functional impairment of elderly patients in the emergency departments. *Einstein (São Paulo, Brazil)*, 13(2), 209-214. DOI: 10.1590/S1679-45082015AO3327.

Lopes, M. V. O., Silva, V. M. & Araújo, T. L. (2013b). Métodos de pesquisa para validação clínica de conceitos diagnósticos. In NANDA Internacional Inc. T. Herdman & E. Carvalho (Org.). *PRONANDA Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem: Conceitos básicos*. (pp. 85-129) Porto Alegre: Artmed Panamericana.

Lopes, M. V., Silva, V. M. & Araújo, T. L. (2012). Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. *International Journal of Nursing Knowledge*, 23(3), 134-139. DOI: 10.1111/j.2047-3095.2012.01213.x.

Lord, S. & Rochester, L. (2007). Walking in the real world: Concepts related to functional gait. *Journal of Physiotherapy*, 35(3), 126-130. Disponível em: http://findarticles.com.com/p/articles/mi_3_35/ai_n28483902/.

Lucas, R. & Monjardino, M. (2010). *O estado da reumatologia em Portugal*. Lisboa: Observatório Nacional das Doenças Reumáticas, Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas.

Lucena, A. E. & Barros, A. L. (2005). Mapeamento cruzado: Uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(1), 82-8. DOI: 10.1590/S0103-21002005000100011.

Lucena, A. F. (2006). Mapeamento dos diagnósticos e intervenções de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. (Tese de Doutorado). Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

Lunney, M. (1990). Accuracy of nursing diagnoses: Concept development. *Nursing Diagnosis*, 1(1), 12-17.

MacCallum, R.C., Widaman, K.F., Zhang, S. & Hong, S. (1999). Sample size in factoranalysis. *Psychological Methods*, 4, 84-99.

Macedo, P. M. (2013). Discurso proferido na sessão de abertura das conferências CNECV. In *Demografia, natalidade e políticas públicas. Conferências*

CNECV. Coleção bioética 17. (pp. 9-14). Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Europress: Lisboa.

Marôco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW Statistic (ex-SPSS)*. Pero Pinheiro: ReportNumber.

Marôco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4 (1): 65-90. DOI: 10.14417/lp.763.

Marques-Vieira, C. M. A., Sousa, L. M. M., Carvalho, M. L., Veludo, F. & José, H. M. G. (2015b). Construção, adaptação transcultural e adequação de instrumentos de medida. *Enformação*, 5, 19-24.

Marques-Vieira, C., Sousa, L., Carias, J. & Caldeira, S. (2015a). Nursing diagnosis “impaired walking” in elderly patients: Integrative literature review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(1), 104-111. DOI: 10.1590/1983-1447.201501.48602.

Marques-Vieira, C., Sousa, L., Severino, S., Sousa, L. & Caldeira, S. (2016). Cross-cultural validation of the falls efficacy scale international (FES-I) in elderly: Systematic literature review. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*. DOI: 10.1016/j.jcgg.2015.12.002.

Martin, K., Blizzard, L., Srikanth, V., Wood, A., Thomson, R., Sanders, L. M. & Callisaya, M. (2013). Cognitive function modifies the effect of physiological function on the risk of multiple falls: A population-based study. *The Journals of Gerontology*, 68(9), 1091-1097. DOI: 10.1093/gerona/glt010.

Martinez, C. A., Cannelli, E., Barak, S. & Stopka, C. B. (2009). Changes in pain-free walking based on time in accommodating pain-free exercise therapy for peripheral arterial disease. *Journal of Vascular Nursing*, XXVII(1), 2-7. DOI: 10.1016/j.jvn.2008.11.001.

Martinez, L. & Ferreira, A. (2007). *Análise de dados com SPSS: Primeiros passos*. Lisboa: Escolar Editora.

Matos, F. G. & Cruz, D. A. (2013). Escala de acurácia de diagnósticos de enfermagem. In NANDA International Inc. T. Herdman & E. Carvalho (Org.). *PRONANDA Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem: Ciclo 1*. (pp. 91-116). Porto Alegre: Artmed Panamericana.

McDonald, M. E. (2007). *The nurse educator's guide to assessing learning outcomes*. 2nd ed. Burlington, MA: Jones and Bartlett.

McGough, E. L., Logsdon, R. G., Kelly, V. E. & Teri, L. (2013). Functional mobility limitations and falls in assisted living residents with dementia: Physical performance assessment and quantitative gait analysis. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 36(2), 78-86. DOI: 10.1519/JPT.0b013e318268de7f.

Melo, A. (2004). *Validação dos diagnósticos de enfermagem disfunção sexual e padrões de sexualidade ineficazes*. (Tese de Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Melo, C. A. (2011). Adaptação cultural e validação da escala “Falls Efficacy Scale” de Tinetti. *Ifisionline*, 1(3), 33-43.

Menant, J., Close, J., Delbaere, K., Sturnieks, D., Trollor, J., Sachdev, P. S. ... Lord, S. (2012). Relationships between serum vitamin D levels,

neuromuscular and neuropsychological function and falls in older men and women. *Osteoporosis International*, 23(3), 981-989. DOI: 10.1007/s00198-011-1637-7.

Menant, J., Wong, A., Sturnieks, D., Close, J., Delbaere, K., Sacdev, P. S. ... Lord, S. (2013). Pain and anxiety mediate the relationship between dizziness and falls in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(3), 423-428. DOI: 10.1111/jgs.12131.

Mendes, K., Silveira, R. & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidência na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(4), 758-64. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400018.

Menoita, E., Sousa, L., Pão-Alvo, I. & Marques-Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Lisboa: Lusociência.

Mesas, A., López-García, E. & Rodríguez-Artalejo, F. (2010). Self-reported sleep duration and falls in older adults. *Journal of Sleep Research*, 20(1 Pt 1), 21-27. DOI: 10.1111/j.1365-2869.2010.00867.x.

Michael, Y., Whitlock, E., Lin, J., Fu, R., O'Connor, E. & Gold, R. (2010). Primary care-relevant interventions to prevent falling in older adults: A systematic evidence review for the U.S. - Preventive services task force. *Annals of Internal Medicine*, 153(12), 815-825. DOI: 10.7326/0003-4819-153-12-201012210-00008.

Ministério da Saúde (MS) (2014). *Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do sistema nacional de saúde e entidades convencionadas* (2013). Lisboa.

Moncada, L. V. (2011). Management of falls in older persons: A prescription for prevention. *American Family Physician*, 84(11), 1267-1276.

Monteiro, W. D. (2012). Força muscular: Uma abordagem fisiológica em função do sexo, idade e treinamento. *Revista Brasileira de Actividade Física & Saúde*, 2(2), 50-66.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. & Swanson, E. (Eds.). (2013). *Nursing outcomes classification (NOC): Measurement of health outcomes* (5th ed.). St. Louis: Elsevier.

Morghen, S., Gentile, S., Ricci, E., Guerini, F., Bellelli, G. & Trabucchi, M. (2011). Rehabilitation of older adults with hip fracture: Cognitive function and walking abilities. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(8), 1497-1502. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2011.03496.x.

Moriello, C., Finch, L. & Mayo, N. E. (2011). Relationship between muscle strength and functional walking capacity among people with stroke. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 48(3), 267-276.

Motyl, J. M., Driban, J. B., McAdams, E., Price, L. L. & McAlindon, T. E. (2013). Test-retest reliability and sensitivity of the 20-meter walk test among patients with knee osteoarthritis. *BMC Musculoskelet Disord*, 14(166), 1-8. DOI: 10.1186/1471-2474-14-166.

Muhaidat, J., Kerr, A., Evans, J. & Skelton, D. (2013). Exploring gait-related dual task tests in community-dwelling fallers and non-faller: A pilot study. *Physiotherapy Theory and Practice*, 29(5), 351-370. DOI: 10.3109/09593985.2012.752056.

Muir, S., Beauchet, O., Montero-Odasso, M., Annweiler, C., Fantino, B. & Speechley, M. (2013). Association of executive function impairment, history of falls and physical performance in older adults: A cross-sectional population-based study in eastern France. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 17(8), 661-665. DOI: 10.1007/s12603-013-0045-4.

Muir, S., Gopaul, K. & Odasso, M. (2012). The role of cognitive impairment in fall risk among older adults: A systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 41(3), 299-308. DOI: 10.1093/ageing/afs012.

Muñoz-Mendoza, C. L., Cabañero-Martínez, M. J., Millán-Calenti, J. C., Cabrero-García, J., López-Sánchez, R. & Maseda-Rodríguez, A. (2011). Reliability of 4-m and 6-m walking speed tests in elderly people with cognitive impairment. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52, e67-e70. DOI: 10.1016/j.archger.2010.06.020.

Murakami, L. & Scattolin, F. (2010). Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Médica Herediana*, 21(1), 18-26.

Najafi, B., Bruin, E. D., Reeves, N. D., Armstrong, D. G. & Menz, H. B. (2013). The role of podiatry in the prevention of falls in older people. *Journal of the American Podiatric Medical Association, Special Issue*, 103(6), 452-456.

Nam, C. W., Lee, J. H. & Cho, S. H. (2015). The effect of non-elastic taping on balance and gait function in patients with stroke. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(9), 2857-2860. DOI: 10.1589/jpts.27.2857.

NANDA International (2013). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2012-2014* (R. Garcez, Trad.). Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 2012).

NANDA International (2015). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2015-2017* (R. Garcez, Trad.). Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 2014).

Newman, M. A. (1991). Prevailing paradigms in nursing. *Nursing Outlook*, 40(1): 10-13, 32.

Nordell, E., Andreasson, M., Gall, K. & Thorngren, K. (2009). Evaluating the swedish version of the falls efficacy scale-international (FES-I). *Advances in Physiotherapy*, 11(2), 81-87. DOI: 10.1080/14038190802318986.

North American Nurses Diagnosis Association (NANDA) (2000). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2001-2002* (Trad.). Porto Alegre: Artmed.

North American Nurses Diagnosis Association (NANDA) (1999). *Nursing diagnoses: definitions and classification (1999-2000)*. Philadelphia: NANDA.

Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Departamento de Enfermagem, Instituto Superior de Setúbal, Setúbal.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2014). *Relatório da Primavera de 2014: Saúde Síndrome de Negação*. OPSS e INODES.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2013). *Relatório da Primavera de 2013: Duas faces da saúde*. OPSS e INODES.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2015). *Relatório de Primavera 2015: Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?*. OPSS e pela Associação de Inovação e Desenvolvimento em Saúde Pública (INODES).

O'Halloran, A., Pénard, N., Galli, A., Fan, C., Robertson, I. & Kenny, R. (2011). Falls and falls efficacy: The role of sustained attention in older adults. *BMC Geriatrics*, 11, 85. DOI: 10.1186/1471-2318-11-85.

Oh-Park, M., Xue, X., Holtzer, R. & Verghese, J. (2011). Transient versus persistent fear of falling in community-dwelling older adults: Incidence and risk factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(7), 1225-1231. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2011.03475.x.

Oliveira, A. (2009). *Bioestatística, epidemiologia e investigação*. Lisboa: Lidel. Okochi, J., Takahashi, T., Takamuku, K. & Escorpizo, R. (2013). Staging of mobility, transfer and walking functions of elderly persons based on the codes of the international classification of functioning, disability and health. *BMC Geriatrics*, 13(16), 0-8. DOI: 10.1186/1471-2318-13-16.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010). *Áreas prioritárias para a investigação em enfermagem & Relatório bienal*. Lisboa: Conselho de Enfermagem, Comissão de Formação.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: Versão 2*. Santa Maria da Feira: Lusodidacta.

Organização das Nações Unidas (ONU) (1983). *Vienna International Plan of Aging*. New York.

Organização das Nações Unidas (ONU) (2011a). *Total population (both sexes combined) by major area, 190 region and country, annually for 1950-2100 (thousands), Estimates, 1950-2010*. World Population Prospects: The 2010 Revision, CD-ROM Edition. Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

Organização das Nações Unidas (ONU) (2011b). *Old-age dependency ratio 65+/(20-64) by major area, region and country, 1950-2100 (ratio of population 65+ per 100 population 20-64)*. World Population Prospects: The 2010 Revision, CD-ROM Edition. Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

Organização das Nações Unidas (ONU) (2015). *Relatório: Revisão da projeção mundial 2015*. Departamento de Assuntos Económicos e Sociais.

Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE) (2011). *Health Reform: Meeting the challenge of ageing and multiple morbidities*. Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico.

Organização Mundial da Saúde (OMS) & Direção Geral da Saúde (DGS) (2003). CIF: *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Classificação detalhada com definições. Todas as categorias com as suas definições, inclusões e exclusões*. Disponível em: <http://arquivo.eses.ips.pt/eses/cursos/edespecial/CIFIS.pdf>.

Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002). *Ageing and life course*. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/en>.

Ou, L., Sun, Z., Chang, Y., Chang, C., Chao, T., Kuo, P. ... Wu, C. (2013). Epidemiological survey of quantitative ultrasound in risk assessment of falls in

middle-aged and elderly people. *Plos ONE*, 8(8), e71053. DOI: 10.1371/journal.pone.0071053.

Painter, J., Allison, L., Dhingra, P., Daughtery, J., Cogdill, K. & Trujillo, L. (2012). Fear of falling and its relationship with anxiety, depression, and activity engagement among community-dwelling older adults. *The American journal of occupational therapy*, 66(2), 169-176. DOI: 10.5014/ajot.2012.002535.

Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.

Peeters, G., Heymans, M., de Vries, O., Bouter, L., Lips, P. & van Tulder, M. (2011). Multifactorial evaluation and treatment of persons with a high risk of recurrent falling was not cost-effective. *Osteoporosis International*, 22(7), 2187-2196. DOI: 10.1007/s00198-010-1438-4.

Pereira, T., Castro-Caldas, A. & Abreu A. M. (2014). Age-related gender differences in motor and inhibitory learning and consolidation. *Journal of Advanced Neuroscience Research*, 1, 10-21.

Pesut, D. J. & Herman, J. (1998). OPT: Transformation of nursing process for contemporary practice. *Nursing Outlook*, 46(1), 29-36.

Pighills, A., Torgerson, D., Sheldon, T., Drummond, A. & Bland, J. (2011). Environmental assessment and modification to prevent falls in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(1), 26-33. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2010.03221.x.

Pijpers, E., Ferreira, I., Jongh, R., Deeg, D., Lips, P., Stehouwer, C. D. ... Kruseman, A. (2012). Older individuals with diabetes have an increased risk of recurrent falls: Analysis of potential mediating factors: The longitudinal ageing study Amsterdam. *Age and Ageing*, 41(3), 358-365. DOI: 10.1093/ageing/afr145.

Polit, D. & Beck, C. (2014). *Essentials of Nursing Research: Appraising evidence for nursing practice*. 8ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Pompeo, D., Rossi, L. & Galvão, C. (2009). Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(4), 434-438. DOI: 10.1590/S0103-21002009000400014.

Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (2014). Transparent reporting of systematic reviews and meta-analyses. Disponível em: <http://www.prisma-statement.org>.

Quach, L., Galica, A., Jones, R., Procter-Gray, E., Manor, B., ... Lipsitz, L. (2011). The nonlinear relationship between gait speed and falls: the maintenance of balance, independent living, intellect, and zest in the elderly of boston study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(6), 1069-1073. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2011.03408.x.

Queijo, A. F. (2002). Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: Nursing activities score (N. A. S). (Dissertação de Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Rechel, B., Grundy, E., Robine, J. M., Machenbach, J. P., Knai, C. & Mckee, M. (2013). Ageing in the European Union. *Lancet*, 1312-1322. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)62087-X.

Reis, K. M. C. & Jesus, C. A. C. (2015). Coorte de idosos institucionalizados: fatores de risco para queda a partir do diagnóstico de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(5): 1130-8. DOI: 10.1590/0104-1169.0285.2658.

Resolução do Conselho de Ministros (RCM) (2015). *Diário da República* nº 165 (2-08-2015). I série. Conselho de Ministros. Lisboa.

Ribeiro, M. C., Pereira, C. U., Hora, E. C., Nunes, M. S., Silva, C. B. & Santos, D. S. (2012). Construção e validação de instrumento de coleta de dados para a vítima de trauma cranioencefálico. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 6(4), 1118-29. DOI: 10.5205/reuol.2450-19397-1-LE.0605201221.

Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel.

Riberto, M. (2011). Core sets da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(5), 938-46. DOI: 10.1590/S0034-71672011000500021.

Rieckmann, A. & Bäckman, L. (2009). Implicit learning in aging: Extant patterns and new directions. *Neuropsychology Review*, 19, 490-503. DOI: 10.1007/s11065-009-9117-y.

Rieckmann, A., Fischer, H. & Bäckman, L. (2010). Activation in striatum and medial temporal lobe during sequence learning in younger and older adults: Relations to performance. *Neuroimage*, 50, 1303-1312. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2010.01.015.

Robertson, Z. (2014). Lifelong learning and the aging brain. In S. C. Bell (Ed.). *Senior law handbook*. (pp. 405-411). Colorado: Continuing Legal Education in Colorado, Inc.

Ross, R. L. & Bell, I. R. (2014). Integrative nursing management of cognitive impairment. In M. J. Kreitzer & M. Koithan (Ed.). *Integrative Nursing*. (pp. 300-313). New York: Oxford University Press.

Rossat, A., Fantino, B., Bongue, B., Colvez, A., Nitenberg, C., Annweiler, C. & Beauchet, O. (2011). Association between benzodiazepines and recurrent falls: A cross-sectional elderly population-based study. *The Journal of Nutrition Health and Aging*, 15(1), 72-77.

Rothi, L. J. G. & Heilman, F. M. (1997). *Apraxia: The neuropsychology of action*. UK: Psychology Press Publishers.

Ruggiero, C., Mariani, T., Gugliotta, R., Gasperini, B., Patacchini, F., Nguyen, H. N., ... Cherubini, A. (2009). Validation of the italian version of the falls efficacy scale international (FES-I) and the short FES-I in community-dwelling older persons. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(Suppl), 1211-1219.

Sadeghi, H., Allard, P., Prince, F. & Labelle, H. (2000). Symmetry and limb dominance in able-bodied gait: A review. *Gait Posture*, 12(1), 34-45.

Sakellarides, C., Castelo-Branco, L., Barbosa, P. & Azevedo, H. (2014). *The impact of the financial crisis on the health system and health in Portugal*. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization.

Santos, S. S. C., Lopes, M. J., Vidal, D. A. S. & Gautério, D. P. (2013). Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde: Utilização no

cuidado de enfermagem a pessoas idosas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(5), 789-93.

Scheffer, A., van Hensbroek, P., van Dijk, N., Luitse, J., Goslings, J., Luigjes, R. H. & Rooij, S. (2013). Risk factors associated with visiting or not visiting the accident & emergency department after a fall. *BMC Health Services Research*, 13, 286. DOI: 10.1186/1472-6963-13-286.

Schrack, J. A., Simonsick, E. M. & Ferrucci, L. (2010). The energetic pathway to mobility loss: an emerging new framework for longitudinal studies on aging. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58, S329-S336. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2010.02913.x.

Schwesig, R., Fischer, D., Lauenroth, A., Becker, S. & Leucht, S. (2012). Can falls be predicted with gait analytical and posturographic measurement systems? A prospective follow-up study in a nursing home population. *Clinical Rehabilitation*, 27(2), 183-190. DOI: 10.1177/0269215512452880.

Shahar, D. R., Houston, D. K., Hue, T. F., Lee, J. S., Sahyoun, N. R., Tyllavsky, F. A., ... Harris, T. B. (2012). Adherence to mediterranean diet and decline in walking speed over 8 years in community-dwelling older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(10), 1881-1888. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2012.04167.x.

Shin, S. & Yoo, W. (2015). Effects of gait velocity and center of mass acceleration during turning gait in old-old elderly women. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(6), 1779-1780. DOI: 10.1589/jpts.27.1779.

Sibley, K., Voth, J., Munce, S., Straus, S. & Jaglal, S. (2014). Chronic disease and falls in community-dwelling Canadians over 65 years old: a population-based study exploring associations with number and pattern of chronic conditions. *BMC Geriatrics*, 14, 22. DOI: 10.1186/1471-2318-14-22.

Silva, A. (2006a). *Sistemas de informação em enfermagem: Uma teoria explicativa da mudança*. Escola Superior de Enfermagem do Porto: Formasau.

Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55(1/2), 11-20.

Silva, D. (2002). Correntes de pensamento em ciências de enfermagem. *Millenium: Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 26. Disponível em: http://www.ipv.pt/millenium/millenium26/26_24.htm.

Silva, M. (2006b). Medidas de resultados. *ESSfisionline*, 2 (1), 59-75.

Silva, N. C. M., Oliveira, A. R. S. & Carvalho, E. C. (2015). Conhecimento produzido sobre os resultados da "Nursing Outcomes Classification – NOC": Revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(4): 104-11. DOI: 10.1590/19831447.2015.04. 53339.

Silva, R. C. G., Brunorio, L., Giribela, C. R. G., Bortolotto, L. A., Wolosker, N. & Consolim-Colombo, F. M. (2012). Distâncias percorridas no teste de caminhada de seis minutos: Proposta de característica definidora para o diagnóstico de enfermagem perfusão tissular periférica ineficaz. *Revista Latino-America em Enfermagem*, 20(2), 1-9.

Simão, T. P. (2013). Adaptação transcultural e validação da escala de angústia espiritual em pacientes com câncer. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Alfenas, Alfenas.

Soares-Branco, P. (2010). Validation of the portuguese version of the "Activities-specific Balance Confidence Scale". *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 19(2), 20-25.

Sousa, L. M. M. (2015). As propriedades psicométricas dos instrumentos de hetero-avaliação. *Enformação*, 6, 20-24.

Sousa, L. M. M., Marques-Vieira, C. M. A., Carvalho, M. L., Veludo, F. & José, H. M. G. (2015). Fidelidade e validade na construção e adequação de instrumentos de medida. *Enformação*, 5, 25-32.

Sousa, L., Marques-Vieira, C., Caldevilla, M., Henriques, C., Severino, S. & Caldeira, S. (2016). Instrumentos para evaluación del riesgo de caídas en los ancianos residentes en la comunidad: Revisión sistemática de la literatura. *Enfermería Global*, 42, 506-521.

Sousa, P. P. (2014). *O conforto da pessoa idosa*. Lisboa. Católica Editora.

Souza, A. P. M. A, Silva, K. L. & Nóbrega, M. M. L. (2007). Sistema de Classificação dos Resultados de Enfermagem - NOC (Nursing Outcomes Classification). In M. M. L. Nóbrega & K. L. Silva (Org.). *Fundamentos do Cuidar em Enfermagem*. (pp. 211-220). 1ª Ed. João Pessoa: Imprima Editora.

Stasny, B., Newton, R., Viggiano, L., Cascio, L., Bedio, N., Lauke, C., ... Polidoro, C. (2011). The ABC scale and fall risk: A systematic review. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 29(3), 233-242. DOI: 10.3109/02703181.2011.572249.

Stevens, K. (2013). The impact of evidence-based practice in nursing and the next big ideas. *Online Journal of Issues in Nursing*, 31, 18(2), Manuscript 4. DOI: 10.3912/OJIN.Vol18No02Man04.

Stone, K., Blackwell, T., Ancoli-Israel, S., Cauley, J., Redline, S., Marshall, L. M., ... Ensrud, K. (2014). Sleep disturbances and risk of falls in older community-dwelling men: The outcomes of sleep disorders in older men (MrOS Sleep) study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(2), 299-305. DOI: 10.1111/jgs.12649.

Stubbs, B., Eggermont, L., Patchay, S. & Schofield, P. (2014). Pain interference is associated with psychological concerns related to falls in community-dwelling older adults: Multisite observational study. *Physical Therapy*, 94(10), 1410-1420. DOI: 10.2522/ptj.20140093.

Sturnieks, D. L., George, R. & Lord, S. R. (2008). Balance disorders in the elderly. *Clinical Neurophysiology*, 38, 467-478. DOI: 10.1016/j.neucli.2008.09.001.

Taikowski, J. B., Brach, J. S., Studenski, S. & Newman, A. B. (2008). Impact of health perception, balance perception, fall history, balance performance, and gait speed on walking activity in older adults. *Physical Therapy*, 88(12), 1474-1481. DOI: 10.2522/ptj.20080036.

Tavares, D. & Dias, F. (2012). Capacidade funcional, morbididades e qualidade de vida de idosos. *Texto & Contexto de Enfermagem*, 21(1), 112-120. DOI: 10.1590/S0104-07072012000100013.

Taylor, M., Ketels, M., Delbaere, K., Lord, S., Mikolaizak, A. & Close, J. (2012). Gait impairment and falls in cognitively impaired older adults: An explanatory model of sensorimotor and neuropsychological mediators. *Age and Ageing*, 41(5), 665-669. DOI: 10.1093/ageing/afs057.

Thaler-Kall, K., Doring, A., Peters, A., Thorand, B., Grill, E., Koenig, W. & Meisinger, C. (2014). Association between anemia and falls in community-dwelling older people: Cross-sectional results from the KORA-Age study. *BMC Geriatrics*, 14, 29. DOI: 10.1186/1471-2318-14-29.

The Joanna Briggs Institute (JBI) (2011). *Joanna Briggs Institute's user manual: Version 5.0 system for the unified management. Assessment and Review of Information*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.

The Joanna Briggs Institute (JBI) (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 The systematic review of studies of diagnostic test accuracy*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.

Tinetti, M. A., Richman, D. & Powell, L. (1990). Falls efficacy as a measure of fear of falling. *Journal of Gerontology*, 45(6), 239-243.

Toomey, L. J. (2015). Falls in the geriatric population: Studies show a direct correlation between falls and a decrease in overall quality of life. *Advance Healthcare Network Nursing*. Disponível em: <http://occupational-therapy.advanceweb.com/Features/Articles/Falls-in-the-Geriatric-opulation.aspx>.

Tsai, L. T., Rantakokko, M., Portegijs, E., Viljanen, A., Saajanaho, M., Eronen, J. & Rantanen, T. (2013). Environmental mobility barriers and walking for errands among older people who live alone vs with others. *BMC Public Health*, 13(1054), 1-17. DOI: 10.1186/1471-2458-13-1054.

Ulus, Y., Durmus, D., Akyol, Y., Terzi, Y., Bilgici, A. & Kuru, O. (2012). Reliability and validity of the turkish version of the falls efficacy scale international (FES-I) in community-dwelling older persons. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 54(3), 429-433. DOI: 10.1016/j.archger.2011.06.010.

Utyama, I. K. A. & Uratani, M. (1990). O ensino de processo de enfermagem: Opinião dos enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 43(1/4), 19-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71671990000100004>.

Vieira, M. (2007). *Ser enfermeiro: Da compaixão à proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Viña, J., Borrás, C. & Miquel, J. (2007). Theories of ageing. *IUBMB Life*, 59(4/5), 249-254.

Volkers, K. M. & Scherder, E. J. (2011). The effect of regular walks on various health aspects in older people with dementia: Protocol of a randomized-controlled trial. *BMC Geriatrics*, 38, 1-11. DOI: 10.1186/1471-2318-11-38.

Von Krogh, G. (2008). An examination of the NANDA International taxonomy for domain completeness, ontological homogeneity, and clinical functionality. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19. DOI: 10.1111/j.1744-618X.2008.00083.x.

Von Krogh, G., Dale, C. & Naden, D. (2005). A framework for integrating NANDA, NIC and NOC terminologies in electronic patient record. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(3), 275-281.

Vu, T. V. & Mackenzie, L. (2012). The inter-rater and test-retest reliability of the Home Falls and Accidents Screening Tool. *Australian occupational therapy journal*, 59(3), 235-242.

Vu, T., Finch, C. & Day, L. (2011). Patterns of comorbidity in community-dwelling older people hospitalised for fall-related injury: A cluster analysis. *BMC Geriatrics*, 11, 45. DOI: 10.1186/1471-2318-11-45.

Watanabe, M., Suzuki, M., Sugimura, Y., Kawaguchi, T., Watanabe, A., ... Fukuda, M. (2015). The relationship between bilateral knee muscle strength and gait performance after stroke: The predictive value for gait performance *Journal of Physical Therapy Science*, 27(10), 3227-3232. DOI: 10.1589/jpts.27.3227.

Wong, A., Lord, S., Sturnieks, D., Delbaere, K., Trollor, J. & Close, J. (2013). Angiotensin system-blocking medications are associated with fewer falls over 12 months in community-dwelling older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(5), 776-781. DOI: 10.1111/jgs.12205.

Wood, M. & Ross-Kerr, J. (2011). *Basic steps in planning nursing research: From question to proposal*. Seventh Edition. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers. Sudbury.

World Health Organization (WHO) (2002). *Active ageing: A policy framework. A contribution of the world health organization to the second united nations world assembly on aging*. Geneva, Switzerland.

World Health Organization (WHO) (2012). *Policies and priority interventions for Healthy ageing*. (WHO Ed.).

Yamashita, T., Noe, D. & Bailer, A. (2012). Risk factors of falls in community-dwelling older adults: Logistic regression tree analysis. *The Gerontologist*, 52(6): 822-832. DOI: 10.1093/geront/gns043.

Yardley, L., Beyer, N., Hauer, K., Kempen, G., Piot-Ziegler, C. & Todd, C. (2005). Development and initial validation of the falls efficacy scale-international (FES-I). *Age and Ageing*, 34(6), 614-619.

Yildirim, B. & Ozkahraman, S. (2011). Examination of critical thinking disposition in nursing. *International Journal of Humanities and Social Science*, 1(16), 173-182.

Yoon, J. (2009). Beyond the crisis: Toward a new horizon. *SERI Quarterly*, 2(4), 52-61.

Youden, W. J. (1950). Index for rating diagnostic tests. *Cancer*, 3(1), 32-35. DOI: 10.1002/1097-0142(1950)3:1<32::AID-CNCR2820030106>3.0.CO;2-3.

Zelesnik, D. (2007). *Self-care of the home-dwelling elderly people living in slovenia*. Oulu: University of Oulu, Faculty of Medicine: Department of Nursing Science and Health Administration.

Zheng, J., Lord, S., Close, J., Sachdev, P., Wen, W., Brodaty, H. & Delbaere, K. (2012). Brain white matter hyperintensities, executive dysfunction, instability, and falls in older people: A prospective cohort study. *The Journals of Gerontology*, 67(10), 1085-1091. DOI: 10.1093/gerona/gls063.

6 – APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Mapeamento do Diagnóstico de *Impaired Walking*

Mapeamento do Diagnóstico de Enfermagem

Impaired Walking

Características definidoras de <i>impaired walking</i> (00088) (NANDA-I)	Código Correspondente
Capacidade prejudicada de andar em alicve	1
Capacidade prejudicada de andar em declive	2
Capacidade prejudicada de andar sobre superfícies irregulares	3
Capacidade prejudicada de subir e descer calçadas	4
Capacidade prejudicada de subir escadas	5
Capacidade prejudicada para percorrer as distâncias necessárias	6
Outra(s):	7

A-Resultado Indicadores (NOC)	Equilíbrio (0202) (Capacidade para manter o equilíbrio do corpo)	CD que este indicador avalia (1,2,3,4,5,6,7)	Observações
A.1 (020201)	Mantém o equilíbrio enquanto em pé		
A.2 (020202)	Mantém o equilíbrio enquanto sentado, sem apoio para as costas		
A.3 (020203)	Mantém o equilíbrio enquanto caminha		
A.4 (020209)	Mantém o equilíbrio enquanto de pé, apoiado em um só pé		
A.5 (020210)	Mantém o equilíbrio enquanto troca esse equilíbrio de um pé para o outro		
A.6 (020211)	Postura		
A.7 (020205)	Oscilação do corpo		
A.8 (020206)	Tonturas		
A.9 (020207)	Tremores		
A.10 (020208)	Andar normal		
A.11	Outro(s):		

Características definidoras de <i>impaired walking</i> (00088) (NANDA-I)	Código Correspondente
Capacidade prejudicada de andar em alicve	1
Capacidade prejudicada de andar em declive	2
Capacidade prejudicada de andar sobre superfícies irregulares	3
Capacidade prejudicada de subir e descer calçadas	4
Capacidade prejudicada de subir escadas	5
Capacidade prejudicada para percorrer as distâncias necessárias	6
Outra(s):	7

B-Resultado Indicadores (NOC)	Locomoção: Caminhar (0200) (Capacidade de caminhar de um lugar para o outro de forma independente ou com auxílio de algum acessório)	CD que este indicador avalia (1,2,3,4,5,6,7)	Observações
B.1 (020001)	Suporta o próprio peso		
B.2 (020002)	Caminha com passadas eficazes		
B.3	Caminha com passadas moderadas		
B.4	Caminha com passadas rápidas		
B.5	Caminha em ritmo lento		
B.6	Caminha em aclave		
B.7	Caminha em declive		
B.8	Caminha distâncias curtas (< 1 quadra)		
B.9	Caminha distâncias moderadas (> 1 quadra e < 5 quadras)		
B.10	Caminha distâncias longas (5 quadras ou >)		
B.11	Caminha pelo quarto		
B.12	Caminha pela casa		
B.13	Adapta-se a superfícies de diferentes texturas		
B.14	Contorna obstáculos		
B.15	Sobe escadas		
B.16	Desce escadas		
B.17	Outro(s):		

Características definidoras de <i>impaired walking</i> (00088) (NANDA-I)	Código Correspondente
Capacidade prejudicada de andar em aclave	1
Capacidade prejudicada de andar em declive	2
Capacidade prejudicada de andar sobre superfícies irregulares	3
Capacidade prejudicada de subir e descer calçadas	4
Capacidade prejudicada de subir escadas	5
Capacidade prejudicada para percorrer as distâncias necessárias	6
Outra(s):	7

C-Resultado Indicadores (NOC)	Mobilidade (0208) (Capacidade de movimentar-se propositadamente no próprio ambiente, de forma independente, com ou sem acessório de ajuda)	CD que este indicador avalia (1,2,3,4,5,6,7)	Observações
C.1	Equilíbrio		
C.2	Coordenação		
C.3	Marcha		
C.4	Movimento dos músculos		
C.5	Movimento das articulações		
C.6	Desempenho no posicionamento do corpo		
C.7	Desempenho na transferência		
C.8	Correr		
C.9	Saltar		
C.10	Rastejar		

C.11	Andar		
C.12	Movimentos realizados com facilidade		
C.13	Outro(s)		

Características definidoras de <i>impaired walking</i> (00088) (NANDA-I)	Código Correspondente
Capacidade prejudicada de andar em active	1
Capacidade prejudicada de andar em declive	2
Capacidade prejudicada de andar sobre superfícies irregulares	3
Capacidade prejudicada de subir e descer calçadas	4
Capacidade prejudicada de subir escadas	5
Capacidade prejudicada para percorrer as distâncias necessárias	6
Outra(s):	7

D-Resultado Indicadores (NOC)	Movimento articular: TORNOZELO (0213) (Amplitude de movimentos do tornozelo, com movimentação e autoiniciativa)	CD que este indicador avalia (1,2,3,4,5,6,7)	Observações
D.1	Flexão dorsal em 20°		
D.2	Flexão plantar em 45°		
D.3	Inversão 30°		
D.4	Eversão 20°		
D.5	Rotação		
D.6	Outro(s):		
	Movimento articular: QUADRIL (0216) (Amplitude de movimentos do quadril, com movimentação e autoiniciativa)	CD que este indicador avalia (1,2,3,4,5,6,7)	Observações
D.7	Flexão direita do joelho 90°		
D.8	Extensão direita do joelho 0°		
D.9	Hiperextensão direita do joelho 15°		
D.10	Flexão para curvar o joelho a 120°		
D.11	Abdução 45°		
D.12	Adução 30°		
D.13	Rotação interna 40°		
D.14	Rotação externa 45°		
D.15	Outro(s):		
	Movimento articular: JOELHO (0217) (Amplitude de movimentos do joelho, com movimentação e autoiniciativa)	CD que este indicador avalia (1,2,3,4,5,6,7)	Observações
D.16	Extensão 0°		
D.17	Flexão 130°		
D.18	Hiperextensão 15°		
D.19	Outro(s):		

Características definidoras (CD) de <i>Impaired Walking</i> (00088) (NANDA-I)	Código Correspondente
Capacidade prejudicada de andar em alicive	1
Capacidade prejudicada de andar em declive	2
Capacidade prejudicada de andar sobre superfícies irregulares	3
Capacidade prejudicada de subir e descer calçadas	4
Capacidade prejudicada de subir escadas	5
Capacidade prejudicada para percorrer as distâncias necessárias	6
Outra(s):	7

E-Resultado Indicadores (NOC)	Movimento Coordenado (0212) (Capacidade dos músculos para trabalhar em conjunto e de forma voluntária para o movimento pretendido)	CD que este indicador avalia (1,2,3,4,5,6,7)	Observações
E.1	Força de contração muscular		
E.2	Tonicidade muscular		
E.3	Rapidez de movimentos		
E.4	Suavidade de movimentos		
E.5	Controle de movimentos		
E.6	Firmeza de movimentos		
E.7	Tensão muscular		
E.8	Movimentos equilibrados		
E.9	Movimentos na direção desejada		
E.10	Movimentos no momento certo desejado		
E.11	Movimentos na velocidade desejada		
E.12	Movimentos com a precisão desejada		
E.13	Outro(s):		

Características definidoras de <i>impaired walking</i> (00088) (NANDA-I)	Código Correspondente
Capacidade prejudicada de andar em alicive	1
Capacidade prejudicada de andar em declive	2
Capacidade prejudicada de andar sobre superfícies irregulares	3
Capacidade prejudicada de subir e descer calçadas	4
Capacidade prejudicada de subir escadas	5
Capacidade prejudicada para percorrer as distâncias necessárias	6
Outra(s):	7

F-Resultado Indicadores (NOC)	Resistência (0001) (Capacidade de sustentar atividades)	CD que este indicador avalia (1,2,3,4,5,6,7)	Observações
F.1	Desempenho da rotina normal		
F.2	Atividade		
F.3	Concentração		
F.4	Resistência muscular		
F.5	Padrão alimentar		
F.6	Libido		
F.7	Energia restaurada após repouso		
F.8	Nível de oxigênio no sangue		
F.9	Hemoglobina		
F.10	Hematócrito		
F.11	Glicose do sangue		
F.12	Eletrólitos séricos		
F.13	Exaustão		
F.14	Letargia		
F.15	Fadiga		
F.16	Outro(s):		

Cristina Marques Vieira

APÊNDICE 2 – Tabela de tradução e retrotradução da FES-I Portugal

Tabela com a tradução e retrotradução de FES-I Portugal

			Data	Abril/Maio de 2015
Versão original	Tradução para Português (1)	Tradução para Português (2)	Versão Final	Retrotradução
Cleaning the house (e.g. pass cloth, vacuuming or dusting)	Limpar a casa (ex.: passar pano, aspirar ou limpar o pó)	Limpar a casa (passar pano, aspirar ou limpar o pó)	Limpar a casa (ex.: passar pano, aspirar ou limpar o pó)	Cleaning the house (e.g. pass cloth, vacuuming or dusting)
Dressing or undressing clothes	Vestir ou despir a roupa	Vestir ou despir a roupa	Vestir ou despir a roupa	Dressing or undressing clothes
preparing simple meals	Preparar refeições simples	Preparar refeições simples	Preparar refeições simples	preparing simple meals
Bathing or showering	Tomar banho ou duche	Tomar banho ou duche	Tomar banho ou duche	Bathing or showering
Shopping	Ir às compras	Ir às compras	Ir às compras	Shopping
Sitting or rising from a chair	Sentar ou levantar de uma cadeira	Sentar ou levantar de uma cadeira	Sentar ou levantar de uma cadeira	Sitting or rising from a chair
Walking up or down stairs	Subir ou descer escadas	Subir ou descer escadas	Subir ou descer escadas	Walking up or down stairs
Walking in the neighborhood	Caminhar pela vizinhança	Caminhar pela vizinhança	Caminhar pela vizinhança	Walking in the neighborhood
Taking something above the level the head or the ground	Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	Taking something above the level the head or the ground
Picking up the phone	Atender o telefone	Atender o telefone	Atender o telefone	Picking up the phone
Walking on slippery surface (e.g. wet ground)	Andar sobre superfície escorregadia (ex.: chão molhado)	Andar sobre superfície escorregadia (chão molhado)	Andar sobre superfície escorregadia (ex.: chão molhado)	Walking on slippery surface (e.g. wet ground)
visiting a friend or relative	Visitar um amigo ou parente	Visitar um amigo ou familiar	Visitar um amigo ou parente	visiting a friend or relative
Walking in places with crowds	Andar em lugares com multidões	Andar em lugares com multidões	Andar em lugares com multidões	Walking in places with crowds
Walking on uneven surface (with stones or holes)	Caminhar sobre superfície irregular (com pedras ou buracos)	Caminhar sobre superfície irregular (com pedras ou buracos)	Caminhar sobre superfície irregular (com pedras ou buracos)	Walking on uneven surface (with stones or holes)
Up or down a slope	Subir ou descer uma ladeira	Subir ou descer uma ladeira	Subir ou descer uma ladeira	Up or down a slope
Attending a social event (e.g. religious act, family gathering or club meeting)	Frequentar um evento social (ex.: acto religioso, reunião de família ou encontro no clube)	Frequentar um evento social (acto religioso, reunião de família ou encontro no clube)	Frequentar um evento social (ex.: acto religioso, reunião de família ou encontro no clube)	Attending a social event (e.g. religious act, family gathering or club meeting)

**APÊNDICE 3 – Instrumento de colheita de dados dos estudos a
incluir na etapa de revisão sistemática da literatura**

Instrumento de Colheita de Dados RSL

1 Identificação

Referência	
Título	
Autor(es)	
Filiação 1º autor	
Revista	
V., Nº, P., Ano	
Pais de origem	
Idioma	
Fator de impacto	
Base de dados	() EBSCO Host () SCOPUS () ISI
Área do estudo	<input type="checkbox"/> Enfermagem <input type="checkbox"/> Enfermagem de Reabilitação <input type="checkbox"/> outra Especialidade de enfermagem. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Outra área de saúde. Qual? _____

2 Metodologia do artigo

Referencial teórico/metodológico – Conceitos chave

Conceito de <i>impaired walking</i>		
Atributos (C. essenciais)	Conceitos relacionados	Termos substitutos

Indicadores Clínicos de <i>impaired walking</i> (Características definidoras, Sinais/Sintomas com definição operacional)
Etiologia de <i>impaired walking</i> (Fatores relacionados, fatores preditores com definição operacional)

Características metodológicas	
Objetivo do estudo	

Tipo de publicação									
Abordagem qualitativa	Etnografia						Grounded Theory		
	Fenomenologia						Outro		
Abordagem quantitativa	Experimental						Quase experimental		
	Não experimental								
Estudo de revisão	Narrativa						Integrativa		
	Sistemática						Meta-análise		
População									
Amostra	Aleatória						Número		
	Conveniência								
Características	Média idade					Etnia			
	Sexo					Cultura e Religião			
Diagnóstico									
Critérios de inclusão	Sim		Não		Quais?				
Critérios de exclusão	Sim		Não		Quais?				
Colheita de dados									
Utiliza instrumento	Sim		Não		Tipo?				
	Nome						Autor		Ano

Resultados	Conclusões

Estudo indica Limitações				
Não		Sim		Quais?
Estudo indica Recomendações				
Não		Sim		Quais?

Observações:

3. Nível de Evidência: _____

Legenda: Classificação dos artigos selecionados segundo nível de evidência (NE) de eficácia **segundo** *The Joanna Briggs Institute* (2011):

NE 1 (Estudos experimentais)	1.a – Revisões sistemáticas e Estudos clínicos randomizados
	1.b – Revisões sistemáticas de estudos clínicos randomizados e outros estudos
	1.c – Estudos clínicos randomizados
	1.d – Pseudo-RCTs

NE 2 (Estudos Quase-experimentais)	2.a – Revisões sistemáticas e estudos quase-experimentais
	2.b – Revisões sistemáticas de estudos quase-experimentais e outros
	2.c – Estudos quase-experimentais prospetivos controlados
	2.d – Estudos Pre-teste – post-teste ou estudos com grupo controlo históricos/retrospectivos
NE 3 (Estudos Observacionais: analíticos)	3.a – Revisões sistemáticas de estudos de coorte comparáveis
	3.b – Revisões sistemáticas de estudos de coorte comparáveis e outros estudos com desenho inferior
	3.c – Estudo de coorte com grupo de controlo
	3.d – Estudo de caso controlado
	3.e – Estudo observacional sem grupo de controlo
NE 4 (Estudos Observacionais: descritivos)	4.a – Revisões sistemáticas de estudos descritivos
	4.b – Estudos transversais
	4.c – Séries de caso
	4.d – Estudo de caso
NE 5 (Opinião de peritos/bench research)	5.a – Revisão sistemática de opinião de peritos
	5.b – Consensos de peritos
	5.c – Bench research/ opinião de um perito

Adaptado a partir de: Caldeira, S. (2012). *Validação do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual*. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.

Romanzini, A. (2013). *Recuperação cirúrgica retardada: análise do conceito*. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil.

Referências Bibliográficas:

Grimes, D.;& Schulz, K. (2002). An overview of clinical research: The lay of the land. *The Lancet*, 1, 359 (5) 57-61.

Grove, S., Burns, N. & Gray, J. (2013). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, synthesis and generation of evidence*. Seventh Edition. Missouri: Elsevier Saunders.

Polit, D. & Beck, C. (2014). *Essentials of Nursing Research: Appraising evidence for nursing practice*. 8ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

The Joanna Briggs Institute's (JBI) (2011) *User Manual: Version 5.0 System for the Unified Management. Assessment and Review of Information*. Adelaide: Joanna Briggs Institute's.

APÊNDICE 4 – Codificação da observação feita para cada centro de saúde

Codificação da Observação

Tabelas de Códigos de XXX

Enfermeiros Especialistas em Reabilitação Colaboradores

Código EER	Colaborador(a): Nome do(a) Enf. Esp. em Enf. ^{em} de Reab.
19901	
19902	
19903	

Enfermeiros Generalistas Colaboradores

Código EG	Colaborador: Nome do Enfermeiros Generalistas
18801	
18802	
18803	
18804	
18805	
18806	
18807	
18808	
18809	
18810	

Idosos Participantes

Código IP	Participante: Nome do(a) Idoso(a) (Pessoa com \geq a 65 anos)
10001	
10002	
10003	
10004	
10005	
10006	
10007	
10008	
10009	
10010	

Nota: Serão preenchidos pelo menos 20 instrumentos, ou seja, 10 idosos a serem observados duas vezes (Enfermeiro Generalista e Enfermeiro Especialista em Reabilitação, não necessariamente por esta ordem, mas que distem no tempo, não mais de uma semana).

Exma(o). Senhor(a) Enf. Chefe XXXX do
Centro de Saúde XXXX
que integra o SESARAM

Eu, Cristina Maria Alves Marques Vieira, estudante de doutoramento na Universidade Católica Portuguesa, de Lisboa, estou a desenvolver um estudo intitulado “Validação do diagnóstico de enfermagem *impaired walking* em idosos”, com a orientação da Professora Doutora Sílvia Maria Alves Caldeira Berenguer e coorientação da Professora Doutora Lisete Maria Ribeiro de Sousa.

Na continuidade de contactos anteriores, venho por este meio agradecer a sua disponibilidade para desempenhar o papel tão determinante para o sucesso do estudo, como é a função de elo de ligação com os Centros de Saúde previamente já acordados.

A colheita de dados decorrerá de 18 de maio a 14 de junho de 2015 e será expectável que neste período de tempo consigam observar um mínimo de idosos, ou seja, Instrumentos de colheita de dados preenchidos (pelo(a) Senhor(a) Enf. Especialista em Reabilitação e pelo(a) Senhor(a) Enf. Generalista).

Ficamos inteiramente disponíveis para esclarecimento de algum aspeto ou para receber orientações que sejam necessárias à realização do estudo, através do contato com a investigadora principal que se encontra em rodapé.

Anexamos a esta carta todos os documentos necessários para a realização do estudo: Consentimento livre e esclarecido do colaborador; Consentimento livre e esclarecido do participante, tabelas de códigos individuais para este Centro de Saúde e instrumentos de colheita de dados em numero suficiente e já devidamente preenchidos a nível dos códigos dos participantes, bem como um envelope já com os portes de envio pagos e devidamente preenchido com a morada da investigadora principal.

Agradecemos a atenção e despedimo-nos com elevada estima e consideração.

Com os melhores cumprimentos

Lisboa, 12 de maio de 2015

(cristina_marques@ics.lisboa.ucp.pt)

Roteiro de Preenchimento dos Documentos Incluídos no Estudo: “Validação do diagnóstico de enfermagem *impaired walking* em idosos”

Estimado Senhor(a) Enfermeiro(a),

É com muito gosto que damos continuidade ao contacto já estabelecido previamente e agradecemos uma vez mais a sua disponibilidade. Um dos compromissos assumidos inicialmente era a criação de um documento que facilitasse a colaboração e a uniformização do preenchimento dos documentos que integram esta investigação. Por isso, elaborámos este roteiro, como instrumento de apoio para a recolha de dados.

Começamos por solicitar a leitura atenta dos documentos, alguns dos quais sofreram alterações em relação à versão deixada com os Senhores Enfermeiros Chefes:

- Consentimento livre e esclarecido do colaborador na investigação «Observação da pessoa idosa no que refere ao “Andar comprometido” e “Risco de quedas”»;
- Consentimento livre e esclarecido da pessoa idosa participante «Documento de Informação ao Sujeito Participante na Investigação e seu duplicado»;
- «Tabelas de Códigos de Confidencialidade»;
- «Instrumento de Colheita de Dados»;
- O documento a «Preencher em caso de Pretender Receber Certificado».

Passaremos agora a explicar as particularidades de cada documento:

DOCUMENTO 1: Observação da pessoa idosa no que refere ao “andar comprometido” e “risco de quedas”

Neste documento encontra um resumo do que se pretende com a colaboração do senhor enfermeiro. Preencherá a parte inicial com os seus dados e o destacável ficará na sua posse (uma vez que já se encontra devidamente preenchido pelo investigador principal. Envie a parte destacável por correio conjuntamente com todos os restantes documentos do estudo. Cada enfermeiro apenas terá de preencher um consentimento livre e esclarecido, mesmo que observe vários participantes.

DOCUMENTO 2: “Documento de informação ao sujeito participante na investigação”, documento de consentimento livre e esclarecido e seu duplicado

O documento de consentimento livre e esclarecido será oferecido para ler, ou será o senhor enfermeiro a ler ao idoso, antes de iniciar a aplicação do instrumento de colheita de dados. Esse documento será entregue ao idoso. O duplicado também deverá ser preenchido e enviado no final do processo, por correio (ou arquivado em conjunto e entregue a alguém que os recolha). No caso de iliteracia do idoso, será o senhor enfermeiro a assinar pelo mesmo no seguinte local “Consentimento presumido”, após ler ao participante e ter o seu consentimento.

DOCUMENTO 3: “Tabelas de códigos”

Este documento está subdividido em três tabelas de códigos para garantir o sigilo (códigos a atribuir, respetivamente, ao senhor enfermeiro especialista em reabilitação, ao senhor enfermeiro generalista e ao idoso). Este documento apenas será para controlo no próprio Centro de saúde, podendo ser destruído no final do estudo.

DOCUMENTO 4: “Instrumento de colheita de dados”

Este documento é iniciado por uma tabela que tem como finalidade a identificação do instrumento em si. Cada dois instrumentos já têm atribuído um mesmo código para o participante – idoso (uma vez que o mesmo idoso será observado duas vezes). Segue-se a 1ª parte, ou seja, a caracterização da pessoa idosa. Na questão 10 solicitamos que coloque todos os antecedentes pessoais identificados [Diagnóstico(s) Médico] no processo do idoso, independentemente da sintomatologia estar ou não controlada. Pode também preencher o que preocupa o idoso e/ou que motivou a sua ida à consulta de enfermagem.

Na questão 11, relativa à medicação, coloque a medicação mesmo que o idoso não saiba especificar. Pode recorrer ao processo para estes dados. Na questão 14 encontra a Escala de Eficácia de Quedas-Internacional (FES-I). Não necessita de fazer o somatório total, pois a investigadora principal o fará.

Na 2ª parte começa-se por questionar se consideram que a pessoa a ser observada tem, ou não o diagnóstico: andar comprometido.

Pretende-se aqui que através da observação, preencha se está presente ou ausente cada uma das características definidoras e fatores relacionados relativos ao andar do idoso em observação. Só no caso do idoso considerar que tem presente esse diagnóstico de enfermagem é que se deve preencher a coluna da tabela intitulada “opinião do idoso”.

Por fim, a 3ª parte é referente ao diagnóstico de enfermagem “Risco de queda” e apenas terá factores relacionados. As orientações para o preenchimento são iguais às anteriores.

DOCUMENTO 5: “Preencher em caso de pretender certificado”

Este documento deverá ser preenchido caso pretenda receber a certificação da sua colaboração na recolha de dados do projeto “Validação do diagnóstico de enfermagem *Impaired Walking* no idoso”. Inclui o endereço para onde deve ser enviada assim que esteja preenchido.

Agradecemos a sua atenção e a sua colaboração neste estudo e comprometemo-nos a atribuir-lhe um certificado de participação, na qualidade que colaborador(a), para efeitos curriculares, bem como a divulgar os resultados obtidos.

Despedimo-nos com elevada estima e consideração,

Cristina Marques Vieira | cristina_marques@ics.lisboa.ucp.pt | maio 2015

APÊNDICE 5 – Instrumento de colheita de dados no pré-teste

Instrumento de Colheita de Dados (Pré-teste)

Formulário nº		
Data	/ Abril / 2015	
Duração	Minutos	
Local	Centro de Saúde	
	Domicílio	

1ª Parte: Caracterização do Participante

1 – Idade

	anos
--	------

2 - Sexo

Feminino	
Masculino	

3- Formação

Sem ensino/1º Ciclo incompleto		3º Ciclo (9ºAno)	
1º Ciclo		12º ano (ou equivalente)	
2º Ciclo (6ºAno)		Ensino Superior	

4- Profissão

Doméstica	
Reformado(a)	
Ativo. Qual profissão?	

5 – Fonte de rendimentos? _____

6 – Estado Civil

Solteiro(a)	
Casado(a)	
Divorciado(a)	
Viúvo(a)	
União de Facto	

7 – Com quem vive?

Sozinho(a)	
Com cônjuge	
Com filha(o)(s)	
Institucionalizado	
Outro	

8- Onde passa o dia?

Centro de Dia	
Centro de Convívio	

Casa	
Outro, Qual?	

9- Ocupação dos tempos livres? _____

10 - É cuidador(a) de terceiros? Sim ☐ Não ☐

De quem? _____ Idade? _____ anos

11 - Antecedentes pessoais:

Grupo	Patologia
Cardiovascular	
Neurológica	
Neuro-muscular	
Músculo esquelética	
Endócrina	
Psiquiátrica	
Outras:	

12 – Diagnóstico(s) Médico Ativo(s): _____

13 – Medicação: _____

14 – Qual a importância do andar/caminhar/marchar na sua vida?

Pouco importante ☐ Importante ☐ Muito importante ☐

Especifique: _____

15 – Já teve alguma queda? Sim ☐ Não ☐

Se sim, quando? _____ e frequência no último ano? _____

Em que circunstância? _____

16 – Escala de Avaliação da Confiança no Equilíbrio Específica para a Actividade (Escala CEEA)

Por favor indique o seu nível de autoconfiança para realizar cada uma das seguintes actividades, escolhendo o número correspondente na seguinte escala de avaliação:

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

Sem nenhuma confiança

Confiança completa

Que confiança tem em que não vai perder o equilíbrio ou ficar instável quando:

1. Anda em casa? ____%
2. Sobe ou desce escadas? ____%
3. Se inclina para a frente para apanhar um chinelo do fundo do armário? ____%
4. Alcança uma lata pequena de uma prateleira ao nível dos olhos? ____%
5. Se põe em bicos de pés para alcançar alguma coisa acima da sua cabeça? ____%
6. Se põe em cima de uma cadeira para tentar alcançar alguma coisa? ____%
7. Varre o chão? ____%
8. Sai de um prédio e se dirige a um carro parado em frente à porta? ____%
9. Entra ou sai de um carro? ____%
10. Atravessa um parque de estacionamento até um centro comercial ou supermercado? ____%
11. Sobe ou desce uma rampa? ____%
12. Anda num centro comercial ou supermercado com muita gente onde as pessoas passam rapidamente por si? ____%
13. Leva encontrões de pessoas quando anda num centro comercial ou supermercado? ____%
14. Entra ou sai de uma escada rolante segura(o) ao corrimão? ____%
15. Entra ou sai de uma escada rolante com embrulhos ou sacos na mão, de forma que não se pode segurar ao corrimão? ____%
16. Anda na rua em passeias escorregadias? ____%

Fonte: Soares-Branco (2010) da "Activitis-specific Balance Confidence Scale"

2ª Parte: Diagnóstico de Enfermagem Andar Comprometido

17 – Quando à observação que faz do andar, preencha: Andar Comprometido (00088)				Opinião do idoso
Limitação de movimento independente, a pé, dentro do ambiente				
Características Definidoras (Indicadores Clínicos; Sinais e Sintomas; Consequentes)	Presente	Ausente	Não se aplica	
Capacidade comprometida para subir escadas				
Capacidade comprometida para contornar lancil				
Capacidade comprometida para descer em plano inclinado				
Capacidade comprometida para subir em plano inclinado				
Capacidade comprometida para caminhar em superfícies irregulares				
Capacidade comprometida para caminhar a distância necessária				
Capacidade comprometida de descer escadas				
Capacidade comprometida para caminhar determinadas distâncias em determinado tempo [cadência (ritmo), tempo do ciclo, tempo de apoio, comprimento do passo maior que conseguir, comprimento do passo habitual, largura do passo, velocidade da marcha]				
Capacidade comprometida para alterar a velocidade da marcha				
Capacidade comprometida para caminhar determinado tempo				
Capacidade comprometida de andar para a frente em uma superfície plana				
Capacidade comprometida de manutenção de postura				
Capacidade comprometida de andar e alterar a postura				
Claudicação intermitente				
Capacidade comprometida de andar com desafios adicionais (estímulos verbais, quer visuais)				
Outro:				

Fatores Relacionados (Etiologia, Fatores Preditores, Antecedentes)	Presente	Ausente	Não se aplica	Opinião do idoso
Alteração na função cognitiva				
Alteração no humor				
Diminuição na resistência				
Barreiras ambientais (ex.: escadas, inclinações, superfícies irregulares, obstáculos inseguros, distâncias, falta de dispositivos ou pessoa de assistência, restrições)				
Medo de Cair				
Equilíbrio comprometido				
Visão comprometida				
Conhecimento insuficiente sobre as estratégias de mobilidade				
Força muscular insuficiente				
Compromisso Musculo-esquelético				
Compromisso neuromuscular				
Obesidade				
Dor				
Diminuição da condição física				
Fadiga				
Andar com ajudas técnicas (canadiana, andarilho, muletas)				
Andar com assistência				
Compromisso neurológico				

Compromisso cardiorrespiratório				
Hipotensão ortostática (Gestão Postural)				
Problemas de sono				
Capacidade comprometida de percepção de andar em segurança				
Numerosas atividades ou tarefas a desempenhar em simultâneo				
Capacidade comprometida da percepção do equilíbrio				
Envelhecimento (idade ≥ 65 anos)				
Crenças [Ex: religião, educação(sedentarismo)]				
Medicação				
Diminuição da massa muscular				
Problemas associados aos pés e calçado				
Problemas auditivos				
Sexo feminino				
Alteração da saúde mental (sintomas depressivos)				
Institucionalização				
Período de recuperação pós-cirurgia				
Ausência de Suporte social: desvalorização socio-familiar				
Outro:				

18 – O avaliador considera que o participante tem o diagnóstico

“andar comprometido” presente?

Sim

☐

Não

☐

19 – O participante considera que tem andar comprometido?

Sim

☐

Não

☐

Se sim, o que mais o incomoda? (Voltar à questão 17 e preencher a última coluna referente à “opinião do idoso”)

3ª Parte: Diagnóstico de Enfermagem Risco de Quedas

20 – Quando à observação que faz do risco de quedas, preencha:

Risco de Queda (00155) Vulnerabilidade para maior susceptibilidade às quedas, que podem causar dano físico e comprometer a saúde				Opinião do idoso
Fatores de Risco (Etiologia, Factores Preditores, Antecedentes)	Presente	Ausente	Não se aplica	
Adultos: Idade ≥ a 65 anos				
História de quedas				
Viver sozinho				
Prótese no membro inferior				
Uso de auxiliar de marcha (ex. Andarilho, Canadiana, cadeira de rodas)				
Ambientais: Ambiente desorganizado				
Exposição a condições de insegurança relacionadas com as condições climáticas (ex. Piso molhado, gelo)				
Iluminação insuficiente				
Material antiderrapante insuficiente no WC				

	Ambiente não familiar				
	Uso de contenções				
	Uso de tapetes soltos				
Agentes farmacológicos:	Consumo de álcool				
	Fármacos				
Fisiológicos:	Doença aguda				
	Alteração da glicemia				
	Anemia				
	Artrite				
	Condições que afetam os pés				
	Diminuição na força das extremidades inferiores				
	Diarreia				
	Dificuldade na marcha				
	Desmaio ao estender o pescoço				
	Desmaio ao virar o pescoço				
	Compromisso da audição				
	Compromisso do equilíbrio				
	Compromisso da mobilidade				
	Incontinência				
	Neoplasia				
	Neuropatia				
	Hipotensão ortostática				
	Período de recuperação pós-cirurgia				
	Défice proprioceptivo				
	Insônia				
	Urgência urinária				
	Doença vascular				
	Compromisso visual				
Outro:					

21 – O avaliador considera que o participante tem o diagnóstico de “risco de queda” presente?

Sim ☐

Não ☐

22 – O participante considera que tem risco de queda?

Sim ☐

Não ☐

Se sim, o que mais o incomoda? (Voltar à questão 20 e preencher a ultima coluna referente à “opinião do idoso)

Grata pela sua participação!

Bibliografia:

Caldeira, S. (2012). *Validação do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual*. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.

Costa-Dias, M.J., ferreira, P. & Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV - n.º 2 - mai./jun. 7-17.

Grove, S., Burns, N. & Gray, J. (2013). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, synthesis and generation of evidence*. Seventh Edition. Missouri: Elsevier Saunders.

Herdman, T.H. (Ed.) (2012). *NANDA International - Nursing Diagnoses: Definitions and classification 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell.

Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Maas, M., Moorhead, S. & Swanson, E. (2009). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC: Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem* (169-171). 2ª Ed. Rio de Janeiro: Artmed.

Moorhead, S.; Johnson, M.; Maas, M.L.; Swanson, E. (2010). *NOC: Classificações dos resultados de enfermagem*. (R. Garcez, Trad.). 4ª Ed. Rio de Janeiro: Mosby, Elsevier.

Pedro, E. & Bernardes-Amorim, D. (2008). Análise comparativa da massa e força muscular e do equilíbrio entre indivíduos idosos praticantes e não praticantes de musculação. *Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP*. Ed. especial, 6(julho): 174-183.

Polit, D. & Beck, C. (2014). *Essentials of Nursing Research: Appraising evidence for nursing practice*. 8ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Wood, M. & Ross-Kerr, J. (2011). *Basic steps in planning nursing research: From Question to proposal*. Seventh Edition. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers. Sudbury.

**APÊNDICE 6 – Instrumento de colheita de dados na etapa de
validação clínica**

Instrumento de Colheita de Dados

Formulário nº		
Código do Enfermeiro		
Data	/	/ 2015
Duração	Minutos	
Local	Centro de Saúde	
	Domicílio	

1ª Parte: Caracterização do Participante

1 – Idade

	anos
--	------

2 - Sexo

Feminino	
Masculino	

3- Formação (selecione apenas uma opção)

Sem ensino/1º Ciclo incompleto		3º Ciclo (9ºAno)	
1º Ciclo		12º ano (ou equivalente)	
2º Ciclo (6ºAno)		Ensino Superior	

4- Profissão (selecione apenas uma opção)

Doméstica	
Reformado(a)	
Ativo. Qual a profissão?	

5 – Estado Civil (selecione apenas uma opção)

Solteiro(a)		Viúvo(a)	
Casado(a)		União de Facto	
Divorciado(a)			

6 – Com quem vive? (selecione apenas uma opção)

Sozinho(a)		Cônjuge e filha(o)(s)	
Com cônjuge		Institucionalizado	
Com filha(o)(s)		Outro, qual?	

7- Onde passa o dia? (selecione apenas uma opção)

Centro de Dia		Jardim	
Centro de Convívio		Café	
Casa		Outro, Qual?	

8- Ocupação dos tempos livres? _____

9 - É cuidador(a) de terceiros? Não ☐ Sim ☐

De quem? _____ Idade? _____ anos

10 - Antecedentes pessoais:

Grupo	Descreva diagnóstico médico (mesmo que tenha de consultar processo do idoso)
Cardiovascular	
Neurológica	
Neuro-muscular	
Músculo esquelética	
Endócrina	
Psiquiátrica	
Outras:	

11 – Medicação que a pessoa idosa está atualmente a tomar?

Classes de fármacos	Descreva os fármacos (mesmo que tenha de consultar processo do idoso)
Antiepiléticos e Anticonvulsivantes	
Psicofármacos	
Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	
Antipsicóticos	
Antidepressores	
Lítio	
Analgésicos estupefacientes	
Digitálicos	
Antihipertensores (Ex: Diuréticos, Modificadores do eixo renina angiotensina ou Depressores da atividade adrenérgica)	
Insulinas	
Antidiabéticos orais	
Outros	

Fonte: Costa-Dias, M. J., Oliveira, A. S., Moreira, C. N., Santos, A. S., Martins, T. & Araújo, F. (2013). Quedas dos doentes internados em serviços hospitalares, associação com os grupos terapêuticos. *Revista de Enfermagem Referência*, IIIª Série (9), 105-114.

12 – O andar/caminhar/marchar é importante na sua vida? Não ☐
Sim ☐

Se sim, porquê? _____

13 – Já teve alguma queda?

Não

☐

Sim

☐

Se sim, quando? ____ meses e frequência no último ano? _____

Em que circunstância? _____

14 – Escala de eficácia de quedas-Internacional: Portugal (FES-I Portugal).

Gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre qual é sua preocupação a respeito da possibilidade de cair. Por favor, responda imaginando como normalmente faz determinada atividade. Se atualmente não faz a atividade (por ex. alguém lhe vai às compras), responda de maneira a mostrar como se sentiria em relação a quedas se tivesse que fazer essa atividade. Para cada uma das seguintes atividades, por favor, marque com um círculo no local que mais se aproxima à sua opinião sobre o quão preocupado fica com a possibilidade de cair, ao fazer esta atividade.

Legenda: **1: Nem um pouco preocupado**

2: Um pouco preocupado

3: Muito preocupado

4: Extremamente preocupado

	1	2	3	4
1.Limpar a casa (ex: passar pano, aspirar ou limpar o pó)	1	2	3	4
2.Vestir ou despir a roupa	1	2	3	4
3.Preparar refeições simples	1	2	3	4
4.Tomar banho ou duche	1	2	3	4
5.Ir às compras	1	2	3	4
6.Sentar ou levantar de uma cadeira	1	2	3	4
7.Subir ou descer escadas	1	2	3	4
8.Caminhar pela vizinhança	1	2	3	4
9.Apanhar algo a acima do nível da cabeça ou do chão	1	2	3	4
10.Atender o telefone	1	2	3	4
11.Andar sobre superfície escorregadia (ex: chão molhado)	1	2	3	4
12.Visitar um amigo ou parente	1	2	3	4
13.Andar em lugares com multidões	1	2	3	4
14.Caminhar sobre superfície irregular (com pedras ou buracos)	1	2	3	4
15.Subir ou descer uma ladeira	1	2	3	4
16.Frequentar um evento social (ex: acto religioso, reunião de família ou encontro no clube)	1	2	3	4
Total				

Fonte: Yardley L, Beyer N, Hauer K, Kempen G, Piot-Ziegler C, Todd C. Development and initial validation of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I). Age and Ageing. 2005; 34(6):614-619.

2ª Parte: Diagnóstico de Enfermagem Andar Comprometido

15 – O colaborador na observação (enfermeiro) considera que o participante tem o diagnóstico “andar comprometido” presente?

Sim

☐

Não

☐

16 – O participante (idoso) considera que tem “andar comprometido”?

Sim

☐

Não

☐

(Se sim, preencha a última coluna referente à “opinião do idoso” na questão 17).

17 – Quando à observação que faz do andar, preencha:

Andar Comprometido (00088)				Opinião do idoso	
Limitação de movimento independente, a pé, dentro do ambiente					
Características Definidoras (Indicadores Clínicos; Sinais e Sintomas; Consequentes)	Pre-sente	Au-sente	Não sabe/Não responde	Pre-sente	Au-sente
Capacidade comprometida para subir escadas					
Capacidade comprometida para contornar lancil					
Capacidade comprometida para descer em plano inclinado					
Capacidade comprometida para subir em plano inclinado					
Capacidade comprometida para caminhar em superfícies irregulares					
Capacidade comprometida para caminhar a distância necessária					
Capacidade comprometida de descer escadas					
Capacidade comprometida para caminhar determinadas distâncias em determinado tempo (Cadência, tempo de ciclo, ciclo de marcha, tempo de apoio; comprimento da passada)					
Capacidade comprometida da velocidade da marcha					
Capacidade comprometida para alterar a velocidade da marcha					
Capacidade comprometida para andar para a frente em superfície plana					
Capacidade comprometida para andar durante o tempo requerido					
Andar comprometido em terreno acidentado (avaliação no exterior em piso asfaltado e calçetado)					
Postura alterada					
Claudicação intermitente					
Andar comprometido perante outros desafios (estímulos auditivos e visuais)					
Andar comprometido na mudança de postura (virar a cabeça, inclinando-se)					
Outro:					

Fatores Relacionados (Etiologia, Fatores Preditores, Antecedentes)	Pre-sente	Au-sente	Não sabe/Não responde	Pre-sente	Au-sente
Alteração na função cognitiva					
Alteração no humor					
Diminuição na resistência					
Barreiras ambientais (ex.: escadas, inclinações, superfícies irregulares, obstáculos inseguros, distâncias, falta de dispositivos ou pessoa de assistência, restrições)					
Medo de Cair					
Equilíbrio comprometido					
Visão comprometida					
Conhecimento insuficiente sobre as estratégias de mobilidade					
Força muscular insuficiente					
Compromisso Musculo-esquelético					
Compromisso neuromuscular					
Obesidade					
Dor					

Diminuição da condição física					
Fadiga					
Apoio de marcha (andador de rodas duplas, bengala, bengala de quatro apoios, canadianas)					
Andar com ajuda de terceiros					
Compromisso neurológico					
Compromisso cardiorrespiratório (angina, insuficiência cardíaca congestiva, ou enfarte; doença pulmonar)					
Hipotensão ortostática (gestão postural)					
Problemas de sono					
Percepção de capacidade de andar em segurança comprometida					
Numerosas atividades ou tarefas a desempenhar em simultâneo					
Envelhecimento (idade ≥ 65 anos)					
Crenças (educação e religião, comportamento sedentário)					
Medicação (antidepressivos (antidepressivos tricíclicos e inibidores da recaptação seletiva de serotonina); antihipertensivos; antipsicóticos (típicos e atípicos); benzodiazepinas (de curta e longa duração), inibidores da colinesterase; diuréticos; anti-inflamatórios não esteroides; sedativos e hipnóticos)					
Atrofia da massa muscular					
Gestão de problemas dos pés e de calçado (estética, conforto e segurança)					
Problemas de audição					
Sexo feminino					
Período de recuperação pós-cirurgia					
Ateração de saúde mental (ex.: sintomas depressivos)					
Institucionalização					
Ausência de suporte social (desvalorização socio-familiar)					
Outro:					

3ª Parte: Diagnóstico de Enfermagem Risco de Quedas

18 – O colaborador na observação (enfermeiro) considera que o participante tem o diagnóstico “risco de quedas” presente?

Sim

☐

Não

☐

19 – O participante (idoso) considera que tem “risco de quedas”?

Sim

☐

Não

☐

(Se sim, preencha a última coluna referente à “opinião do idoso” na questão 20)

20 – Quando à observação que faz do risco de quedas, preencha:

Risco de Queda (00155) Vulnerabilidade para maior susceptibilidade às quedas, que podem causar dano físico e comprometer a saúde				Opinião do idosos	
Factores de Risco (Etiologia, Factores Preditores, Antecedentes)	Pre-sente	Au-sente	Não sabe/Não responde	Pre-sente	Au-sente
Adultos: Idade ≥ a 65 anos					
História de quedas					
Viver sozinho					
Prótese no membro inferior					
Uso de auxiliar de marcha (ex. Andarilho, Canadiana, cadeira de rodas)					
Ambientais: Ambiente desorganizado					
Exposição a condições de insegurança relacionadas com as condições climatéricas (ex. Piso molhado, gelo)					
Iluminação insuficiente					
Material antiderrapante insuficiente no WC					
Ambiente não familiar					
Uso de contenções					
Uso de tapetes soltos					
Agentes farmacológicos: Consumo de álcool					
Fármacos					
Fisiológicos:					
Doença aguda					
Alteração da glicémia					
Anemia					
Artrite					
Condições que afetam os pés					
Diminuição na força das extremidades inferiores					
Diarreia					
Dificuldade na marcha					
Desmaio ao estender o pescoço					
Desmaio ao virar o pescoço					
Compromisso da audição					
Compromisso do equilíbrio					
Compromisso da mobilidade					
Incontinência					
Neoplasia					
Neuropatia					
Hipotensão ortostática					
Período de Recuperação pós-cirurgia					
Défice proprioceptivo					
Insónia					
Urgência urinária					
Doença vascular					
Compromisso visual					
Vários: Uso de chinelos					
Sexo feminino					
Ambiente sem instalação de barras de apoio ou corrimão, com presença de obstáculos (Ex na soleira da porta)					

Polimedicação					
Medicação antihipertensiva					
Benzodiazepinas					
Alteração da função cognitiva					
Compromisso da função executiva					
Declínio nas atividades básicas de vida diária (ABVD)					
Comorbilidades/doença crónicas					
Dor crónica					
Tensão arterial elevada (hipertensão)					
Função sensório-motor reduzida					
Osteoporose					
Insuficiência de Vitamina D					
Realato de pior saúde física					
Obesidade					
Tonturas					
Perímetro abdominal elevado					
Síndrome metabólico					
Doença pulmonar obstrutiva crónica					
Baixo nível de albumina sérica					
Medo de cair					
Sintomas depressivos/Depressão					
Ansiedade					
Baixo nível educacional					
Baixo rendimento familiar					
Minoria étnica (negro)					
Outro:					

Legenda: Destacou-se a cinzento o que ficou omissa no instrumento.

Grata pela sua participação!

Roteiro de Preenchimento dos Documentos Incluídos no Estudo: “Validação do diagnóstico de enfermagem *impaired walking* em idosos”

Estimado Senhor(a) Enfermeiro(a),

É com muito gosto que damos continuidade ao contacto já estabelecido previamente e agradecemos uma vez mais a sua disponibilidade. Um dos compromissos assumidos inicialmente era a criação de um documento que facilitasse a colaboração e a uniformização do preenchimento dos documentos que integram esta investigação. Por isso, elaborámos este roteiro, como instrumento de apoio para a recolha de dados.

Começamos por solicitar a leitura atenta dos documentos, alguns dos quais sofreram alterações em relação à versão deixada com os Senhores Enfermeiros Chefes:

- Consentimento livre e esclarecido do colaborador na investigação «Observação da pessoa idosa no que refere ao “Andar comprometido” e “Risco de quedas”»;
- Consentimento livre e esclarecido da pessoa idosa participante «Documento de Informação ao Sujeito Participante na Investigação e seu duplicado»;
- «Tabelas de Códigos de Confidencialidade»;
- «Instrumento de Colheita de Dados»;
- O documento a «Preencher em caso de Pretender Receber Certificado».

Passaremos agora a explicar as particularidades de cada documento:

DOCUMENTO 1: Observação da pessoa idosa no que refere ao “andar comprometido” e “risco de quedas”

Neste documento encontra um resumo do que se pretende com a colaboração do senhor enfermeiro. Preencherá a parte inicial com os seus dados e o destacável ficará na sua posse (uma vez que já se encontra devidamente preenchido pelo investigador principal. Envie a parte destacável por correio conjuntamente com todos os restantes documentos do estudo. Cada enfermeiro apenas terá de preencher um consentimento livre e esclarecido, mesmo que observe vários participantes.

DOCUMENTO 2: “Documento de informação ao sujeito participante na investigação”, documento de consentimento livre e esclarecido e seu duplicado

O documento de consentimento livre e esclarecido será oferecido para ler, ou será o senhor enfermeiro a ler ao idoso, antes de iniciar a aplicação do instrumento de colheita de dados. Esse documento será entregue ao idoso. O duplicado também deverá ser preenchido e enviado no final do processo, por correio (ou arquivado em conjunto e entregue a alguém que os recolha). No caso de iliteracia do idoso, será o senhor enfermeiro a assinar pelo mesmo no seguinte local “Consentimento presumido”, após ler ao participante e ter o seu consentimento.

DOCUMENTO 3: “Tabelas de códigos”

Este documento está subdividido em três tabelas de códigos para garantir o sigilo (códigos a atribuir, respetivamente, ao senhor enfermeiro especialista em reabilitação, ao senhor enfermeiro generalista e ao idoso). Este documento apenas será para controlo no próprio Centro de saúde, podendo ser destruído no final do estudo.

DOCUMENTO 4: “Instrumento de colheita de dados”

Este documento é iniciado por uma tabela que tem como finalidade a identificação do instrumento em si. Cada dois instrumentos já têm atribuído um mesmo código para o participante – idoso (uma vez que o mesmo idoso será observado duas vezes). Segue-se a 1ª parte, ou seja, a caracterização da pessoa idosa. Na questão 10 solicitamos que coloque todos os antecedentes pessoais identificados [Diagnóstico(s) Médico] no processo do idoso, independentemente da sintomatologia estar ou não controlada. Pode também preencher o que preocupa o idoso e/ou que motivou a sua ida à consulta de enfermagem.

Na questão 11, relativa à medicação, coloque a medicação mesmo que o idoso não saiba especificar. Pode recorrer ao processo para estes dados. Na questão 14 encontra a Escala de Eficácia de Quedas-Internacional (FES-I). Não necessita de fazer o somatório total, pois a investigadora principal o fará.

Na 2ª parte começa-se por questionar se consideram que a pessoa a ser observada tem, ou não o diagnóstico: andar comprometido.

Pretende-se aqui que através da observação, preencha se está presente ou ausente cada uma das características definidoras e fatores relacionados relativos ao andar do idoso em observação. Só no caso do idoso considerar que tem presente esse diagnóstico de enfermagem é que se deve preencher a coluna da tabela intitulada “opinião do idoso”.

Por fim, a 3ª parte é referente ao diagnóstico de enfermagem “Risco de queda” e apenas terá factores relacionados. As orientações para o preenchimento são iguais às anteriores.

DOCUMENTO 5: “Preencher em caso de pretender certificado”

Este documento deverá ser preenchido caso pretenda receber a certificação da sua colaboração na recolha de dados do projeto “Validação do diagnóstico de enfermagem *Impaired Walking* no idoso”. Inclui o endereço para onde deve ser enviada assim que esteja preenchido.

Agradecemos a sua atenção e a sua colaboração neste estudo e comprometemo-nos a atribuir-lhe um certificado de participação, na qualidade que colaborador(a), para efeitos curriculares, bem como a divulgar os resultados obtidos.

Despedimo-nos com elevada estima e consideração,

Cristina Marques Vieira | cristina_marques@ics.lisboa.ucp.pt | maio de 2015

APÊNDICE 7 – Pedido ao SESARAM, E.P.E.

Pedido ao SESARAM, E.P.E.

Exma. Senhora

Presidente do Conselho de Administração do
Serviço de Saúde da Região Autónoma da
Madeira (SESARAM)

Dr^a. Maria Sidónia Rodrigues Nunes

Eu, Cristina Maria Alves Marques Vieira, aluna de doutoramento na Universidade Católica Portuguesa - Lisboa, estou a desenvolver um estudo intitulado “Validação do diagnóstico de enfermagem *impaired walking* em idosos”, com a orientação da Professora Doutora Sílvia Maria Alves Caldeira Berenguer e coorientação da Professora Doutora Lisete Maria Ribeiro de Sousa. Este estudo tem como objetivo geral validar o diagnóstico de enfermagem *impaired walking* (tradução provisória – marcha comprometida) na população idosa e tem como finalidade contribuir para o conhecimento em enfermagem, nomeadamente para o desenvolvimento de classificações de diagnósticos e, assim, promover a identificação acurada do diagnóstico na prática clínica, suportado por evidência científica.

É (re)conhecida a particularidade da organização do SESARAM, E.P.E.. no que respeita à alocação de enfermeiros especialistas de reabilitação na rede de cuidados de saúde primários na RAM, que é facilitadora da concretização do estudo. Neste sentido, vimos solicitar a V. Exa. a autorização para efetuar a investigação nos Centros de Saúde que integram o SESARAM, E.P.E.. A recolha de dados deverá ser realizada através da observação dos senhores enfermeiros (dois generalistas e um especialista em reabilitação) a cada idoso que frequente a consulta de enfermagem. Como objetivo secundário, e para efeitos comparativos, iremos validar também o diagnóstico “risk for falls” (risco de quedas”).

Pretendemos identificar os indicadores clínicos mais significativos, a etiologia e a prevalência destes diagnósticos.

Esclarecemos que asseguramos os princípios éticos inerentes a este tipo de estudo e formalizaremos os documentos necessários para apreciação à comissão de ética.

Ficamos inteiramente disponíveis para esclarecimento de algum aspeto ou para receber orientações que sejam necessárias à realização do estudo. Anexamos a este requerimento: o documento orientador de observação das pessoas com *impaired walking* e *risk for falls*, o documento orientador da informação a facultar ao sujeito participante na investigação, o instrumento de colheita de dados, e por fim, o projeto de tese de doutoramento em enfermagem.

Perante o exposto, aguardaremos a sua resposta, através do contato com a investigadora principal que se encontra em rodapé.

Agradecemos a atenção de V. Exa. e despedimo-nos com elevada estima e consideração.

Com os melhores cumprimentos

Lisboa, 13 outubro de 2014

(Cristina Maria Alves Marques Vieira)

(cristina_marques@ics.lisboa.ucp.pt)

**Observação da pessoa idosa no que refere ao “andar comprometido” e
“risco de quedas”**

Estimado(a) Sr(a) Enfermeiro(a),

Sou Cristina Maria Alves Marques Vieira, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, em Lisboa, com orientação científica da Professora Doutora Sílvia Maria Alves Caldeira Berenguer e coorientação científica da Professora Doutora Lisete Maria Ribeiro de Sousa.

Vimos pedir a sua colaboração para a aplicação do instrumento de colheita de dados, que integrará o projeto de investigação intitulado “Validação do diagnóstico de enfermagem *impaired walking* em idosos” (tradução: andar comprometido). Para efeitos comparativos, iremos validar também o diagnóstico “risco de quedas”.

A sua participação na qualidade de colaborador na investigação é fundamental neste estudo, no sentido de proceder à observação e preenchimento de um questionário aos idosos que frequentam a consulta de enfermagem no SESARAM, E.P.E. (quer em Centro de Saúde, quer em Domicílio). O único critério de seleção dos idosos é a idade (≥ 65 anos). Cada idoso será observado por um enfermeiro especialista em reabilitação e um enfermeiro generalista, não necessariamente em simultâneo (pode ser sequencial, mas não deve ultrapassar a distância temporal de uma semana), onde será aplicado o instrumento de colheita de dados. O instrumento começa por questões de caracterização dos participantes e, posteriormente, segue com questões referentes à observação dos indicadores clínicos, fatores etiológicos e fatores de risco de ambos os diagnósticos de enfermagem em estudo. Antes de aplicar o instrumento, o idoso deve dar o seu consentimento, esclarecido, assinando o respetivo documento. Quando não for possível, deve o Sr. Enfermeiro assinar na presença do idoso, após seu consentimento.

Gostaríamos de informar que os enfermeiros colaboradores na recolha de dados da investigação terão a certificação desta participação, se assim o desejarem. Ainda, a cada um ficará associado um código no preenchimento do questionário, e o investigador principal saberá a correspondência com a identidade, caso precise entrar em contacto. Se preferir manter o anonimato, por favor informe. Se por algum motivo pretender deixar de colaborar neste estudo, por favor informe o investigador principal assim que possível. Asseguramos ainda que os dados obtidos neste estudo serão utilizados apenas para fins científicos e agradecemos o tempo que dedicará a esta colaboração.

Caso concorde em colaborar neste estudo, por favor preencha os seguintes dados:

Eu, _____

Enfermeiro(a), recebi todas as informações acima e ciente dos meus direitos concordo em colaborar no estudo intitulado “Validação do diagnóstico de enfermagem *impaired walking* em idosos”.

(Local, data)

(Assinatura)

 _____

Local, data

Cristina Maria Alves Marques Vieira

(cristina_marques@ics.lisboa.ucp.pt)

Documento de informação ao sujeito participante na investigação

Eu, Cristina Maria Alves Marques Vieira, estudante de doutoramento em enfermagem, estou a desenvolver um estudo de investigação intitulado “Validação do diagnóstico de enfermagem *impaired walking* em idosos” (tradução: andar comprometido). Para efeitos comparativos iremos validar também o diagnóstico “risco de quedas”. Solicitamos o seu envolvimento, enquanto participante, na fase da colheita de dados da validação clínica para ajudar a validar estes diagnósticos de enfermagem. A sua participação neste estudo significa que a informação sobre si, o seu andar e o risco de queda será recolhida e analisada juntamente com as informações de outras pessoas que têm consulta de enfermagem nos Centros de Saúde da Região Autónoma da Madeira. As observações e respostas individuais colhidas serão confidenciais.

Qual é o objetivo deste estudo? O objetivo será validar o diagnóstico de enfermagem *andar comprometido* em idosos, no sentido de identificar que sinais pode apresentar que ajudam o Sr. Enfermeiro a identificar que tem realmente este problema. Também faremos questões e observaremos alguns aspetos para analisar se tem risco de queda.

Quais as vantagens futuras para as pessoas em geral com este estudo? Este estudo possibilitará contribuir para o conhecimento de enfermagem, pois ajudará os enfermeiros a conhecer que sinais os idosos com risco de quedas e andar comprometido apresentam. Assim, posteriormente poderão ajudar da melhor forma possível, evitando complicações.

O que é que este estudo envolve? O Senhor Enfermeiro irá observá-lo(a) e questioná-lo(a) no que respeita à sua forma de andar/caminhar, no sentido de permitir avaliar esta função e alguns aspetos relacionados, nomeadamente o risco de quedas. O instrumento de colheita de dados levá cerca de 30 minutos a preencher. A informação recolhida será codificada e armazenada juntamente com as informações das outras pessoas.

A quem é pedido para participar neste estudo? Foi-lhe pedido para participar neste estudo, pois tem idade igual ou superior a 65 anos e é acompanhado num Centro de Saúde que integra o Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira.

Existem riscos nesta participação? Não existem riscos associados à observação/questões do instrumento de colheita de dados para este estudo. Apenas o tempo que dedicará em participar.

Existem benefícios por participar? Não irá receber nenhum benefício imediato por participar neste estudo, mas através desta avaliação pelo Sr. Enfermeiro poderá saber como está a sua saúde a este nível. No entanto, espera-se que a informação recolhida neste estudo possa beneficiar no futuro pessoas com o andar comprometido e risco de quedas.

Quem terá acesso à minha informação? Não há identificação do seu nome em nenhum dos instrumentos de colheita de dados, apenas será colocado um código. Todos estes documentos pertencentes a este estudo serão guardados pela investigadora e mantidos confidenciais. Apenas saberemos em que centro de saúde foi preenchido o questionário. É possível que a informação obtida neste estudo seja divulgada e/ou publicada futuramente, quer em eventos ou revistas científicas. Também neste caso, o anonimato e confidencialidade em relação à sua identidade será garantido. No final do estudo destruiremos todos os instrumentos de colheita de dados e guardaremos os dados nas bases de dados, que não têm o seu nome.

Existem custos envolvidos? A participação não envolve quaisquer encargos ou despesas da sua parte, com excepção do tempo necessário para o preenchimento do instrumento de colheita de dados pelos Srs. Enfermeiros.

Quais são os meus direitos? A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária, pode recusar participar neste estudo ou desistir em qualquer altura. Se decidir não participar, isto não afetará o seu tratamento futuro, ou os seus direitos de saúde e legais. Sinta-se livre em participar.

A quem posso contactar se tiver alguma questão ou preocupação? Se tiver alguma dúvida sobre os seus direitos como participante, pode contactar Cristina Marques Vieira, através do cristina_marques@ics.lisboa.ucp.pt.

Nome do Investigador_____

Data _____

Assinatura do participante_____

Data_____

Consentimento presumido (Nome se aplicável)_____

Data_____

**Documento de consentimento livre e esclarecido
(em duplicado)**

Entendo que toda a informação derivada do estudo “Validação do Diagnóstico de Enfermagem *Impaired Walking* em idosos” é propriedade de Cristina Maria Alves Marques Vieira. Dou o meu consentimento para que dados anónimos a meu respeito possam ser guardados e processados por Cristina Maria Alves Marques Vieira, para fins de avaliação científica. Foi-me lida/Li a informação mencionada acima. Entendo o significado desta informação, e as minhas perguntas foram satisfatoriamente respondidas. Tive tempo suficiente para decidir sobre a participação neste estudo. Venho por este meio consentir a minha participação, através da recolha, uso e divulgação da informação. Irei receber uma cópia deste documento de consentimento informado assinada e datada.

Nome do Investigador _____

Data _____

Assinatura do participante _____

Data _____

Consentimento presumido (Nome se aplicável) _____

Data _____

APÊNDICE 8 – Pedido de autorização para a utilização da escala ABC

Pedido de autorização para a escala ABC

Assunto: Projeto de doutoramento_Cristina Marques Vieira

Remetente: Cristina Maria Alves Marques Vieira

Para: Pedro Soares Branco

Data: 2015-03-23 10:25

Ex.mo Senhor Professor Doutor Pedro Soares Branco,

Eu, Cristina Maria Alves Marques Vieira, aluna de doutoramento na Universidade Católica Portuguesa Lisboa, estou a desenvolver um estudo intitulado “Validação do diagnóstico de enfermagem impaired walking em idosos”, com a orientação da Professora Doutora Sílvia Maria Alves Caldeira Berenguer e coorientação da Professora Doutora Lisete Maria Ribeiro de Sousa. Este estudo tem como objetivo geral validar o diagnóstico de enfermagem impaired walking (tradução provisória – andar comprometido) na população idosa e tem como finalidade contribuir para o conhecimento em enfermagem, nomeadamente para o desenvolvimento de classificações de diagnósticos e, assim, promover a identificação acurada do diagnóstico na prática clínica, suportado por evidência científica.

A recolha de dados deverá ser realizada através da observação dos senhores enfermeiros, na Região Autónoma da Madeira, a cada idoso que frequente a consulta de enfermagem. Como objetivo secundário, e para efeitos comparativos, iremos validar também o diagnóstico “risk for falls” (risco de quedas)”. Pretendemos identificar os indicadores clínicos mais significativos, a etiologia e a prevalência destes diagnósticos.

Tive a oportunidade de contactá-lo hoje telefonicamente, no sentido de manifestar o nosso interesse em utilizar a escala que traduziu e validou para a população portuguesa, denominada “Escala de confiança no equilíbrio específico para a atividade”. Seria para nós um privilégio poder incluí-la no nosso instrumento de colheita de dados.

Esclarecemos que asseguramos os princípios éticos inerentes a este tipo de estudo e que nos comprometemos a fazer uma adenda, onde acrescentaremos a sua escala, à autorização da comissão de ética, para apreciação do instrumento final de colheita de dados.

Ficamos inteiramente disponíveis para esclarecimento de algum aspeto ou para receber orientações que sejam necessárias à realização do estudo.

Perante o exposto, aguardaremos a sua resposta, através do contato com a investigadora principal (cristina_marques @ics.lisboa.ucp.pt), no sentido de preparar o início da colheita de dados.

Agradecemos a atenção de V. Exa. e despedimo-nos com elevada estima e consideração. Com os melhores cumprimentos,

Cristina Marques-Vieira, RN, MSc

Instituto de Ciências da Saúde

Universidade Católica Portuguesa

Edifício 2, Gabinete 2505

Palma de Cima

1649-023 Lisboa - Portugal Tel.+351 217214147 ext. 4478

CV: <http://www.degois.pt/visualizador/curriculum.jsp?key=1043844319285893>

**APÊNDICE 9 – Autorização do autor da validação da escala ABC em
Portugal**

Autorização do autor da validação da escala ABC em Portugal

Assunto: Re: Projeto de doutoramento_Cristina Marques Vieira

Remetente: Pedro Soares Branco

Para: Cristina Maria Alves Marques Vieira

Data: 2015-03-24 13:16

Escala CEEA.pdf (~335 KB)

Boa tarde

Registo o V. interesse na utilização da Escala de confiança no equilíbrio específico para a actividade (CEEa). É com muita satisfação que autorizo a utilização da mesma, para o que envio, em anexo, o respectivo PDF.

Com os melhores cumprimentos e votos de sucesso,

Pedro Soares Branco

Pedro Soares Branco, MD, PhD

Unidade de Ensino de Medicina Física e de Reabilitação

Faculdade de Ciências Médicas Pólo de Medicina Física e de Reabilitação

Hospital de Curry Cabral, CHLC

APÊNDICE 10 – Autorização da Comissão de Ética

C/Conhecimento da
Direcção de Enfermagem

Exm.^a Senhora
Dr. Cristina Maria Alves Marques Vieira
Universidade Católica Portuguesa de
Lisboa
Rua Palma de Cima
1649-023 LISBOA

Sua referência

Sua comunicação

N/Ofício

Serviço de Saúde da RAM, E.P.E.

SAÍDA

S.1422754 2014/12/10
Classificação: 18.63

Assunto: **Pedido/Estudo: “Validação do Diagnóstico de Enfermagem
Empaired Walking em Idosos”**

Relativamente ao V/ pedido sobre o assunto mencionado em epígrafe, datado de 2014.10.21, informo V. Ex.^a que o mesmo foi autorizado pelo Conselho de Administração em 2014.12.09, após parecer da Comissão de Ética para a Saúde do qual se junta fotocópia.

Com os melhores cumprimentos,

O Vice-Presidente do Conselho de Administração



(Hugo Amaro)

IS

**Comissão de Ética para a Saúde do SESARAM, EPE
(CES/SESARAM, EPE)**

PARECER nº 43/2014

Wto 2/14/14

Sobre o Pedido/ Estudo : " **Validação do diagnóstico de enfermagem *empaired walking* em idosos** "

A – RELATÓRIO

A.1 A Comissão de Ética para Saúde (CES) do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM, EPE) iniciou a análise do Documento Nº 01 da reunião de 24 de Novembro, pedido por Cristina Maria Alves Marques Vieira, aluna de doutoramento na Universidade Católica Portuguesa – Lisboa, para realização do estudo " Validação do diagnóstico de enfermagem *empaired walking* em idosos", a realizar nos Centros de Saúde da RAM.

A.2 O documento em análise é composto por: Carta dirigida ao Presidente do Conselho de Administração do SESARAM, Projeto do Estudo, documento de informação ao enfermeiro, documento de informação ao idoso, documento do consentimento informado e questionário.

A.3 Trata-se de um estudo cujo objetivo geral será validar o diagnóstico de enfermagem *impaired walking* (tradução provisória – marcha comprometida) na população idosa e tem como finalidade contribuir para o conhecimento em enfermagem, nomeadamente para o desenvolvimento de classificações de diagnósticos e assim, promover a identificação acurada do diagnóstico na prática clínica, suportado por evidência científica. A recolha de dados será realizada através da observação dos senhores enfermeiros (dois generalistas e um especialista em reabilitação) a cada idoso que frequente a consulta de enfermagem. Como objetivo secundário e para efeitos comparativos será validado também o diagnóstico " risk for falls" (risco de quedas).

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1 Serão salvaguardados, ao longo de todas as fases do estudo, os princípios éticos relativos aos estudos de investigação, nomeadamente no que se refere ao anonimato dos participantes, confidencialidade dos dados e à obtenção do consentimento informado.

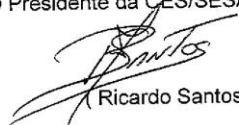
B.2 Reconhece-se a pertinência do estudo e o interesse prático nos resultados esperados, sendo que a metodologia utilizada salvaguarda os direitos dos participantes.

C – CONCLUSÃO

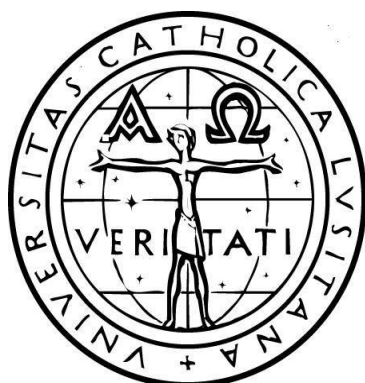
A CES/SESARAM, EPE deliberou emitir **Parecer Favorável** ao presente estudo por não se colocarem quaisquer questões de ordem ética e desde que seja mantido o anonimato dos dados.

Aprovado em reunião dia 24 de Novembro de 2014, por unanimidade.

O Presidente da CES/SESARAM, EPE


(Ricardo Santos)

APÊNDICE 11 – Documentação entregue em cada centro de saúde na visita



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

IMPAIRED WALKING (00088) EM IDOSOS

VALIDATION OF THE NURSING DIAGNOSIS

IMPAIRED WALKING (00088) IN ELDERLY

Investigação no âmbito do Doutoramento em
Enfermagem, na área de Especialização em
Enfermagem Avançada

Doutoranda: Mestre Cristina Maria Alves Marques Vieira

Orientação científica:
Professora Doutora Sílvia Maria Alves Caldeira Berenguer

Coorientação científica:
Professora Doutora Lisete Maria Ribeiro de Sousa

Fevereiro de 2015

Exmo(a). Senhor(a)
Enfermeiro(a) Chefe/Especialista em
Reabilitação/Generalista do Centro de Saúde
que integra o Serviço de Saúde da Região
Autónoma da Madeira (SESARAM)

Eu, Cristina Maria Alves Marques Vieira, aluna de doutoramento na Universidade Católica Portuguesa - Lisboa, estou a desenvolver um estudo intitulado “Validação do diagnóstico de enfermagem *impaired walking* em idosos”, com a orientação da Professora Doutora Sílvia Maria Alves Caldeira Berenguer e coorientação da Professora Doutora Lisete Maria Ribeiro de Sousa. Este estudo tem como objetivo geral validar o diagnóstico de enfermagem *impaired walking* (tradução provisória – andar comprometido) na população idosa e como finalidade contribuir para o conhecimento em enfermagem, nomeadamente para o desenvolvimento de classificações de diagnósticos e, assim, promover a identificação acurada do diagnóstico na prática clínica, suportado por evidência científica. Como objetivo secundário, e para efeitos comparativos, iremos validar também o diagnóstico “risk for falls” (risco de quedas). Pretendemos identificar os indicadores clínicos mais significativos, a etiologia e a prevalência destes diagnósticos.

A nossa população alvo será constituída por pessoas com idade igual ou superior a 65 anos de idade, uma vez que o referencial metodológico propõe uma população onde a probabilidade de identificar o diagnóstico de enfermagem em estudo seja relevante, e esta foi a população que emergiu da literatura consultada.

É (re)conhecida a particularidade da organização do SESARAM, EPE. no que respeita à alocação de enfermeiros especialistas de reabilitação na rede de cuidados de saúde primários na RAM, que é facilitadora da concretização do estudo. A opção pelos Centros de Saúde que integram o SESARAM, EPE. alicerça-se no facto de existirem enfermeiros especialistas em reabilitação, que irão ter um papel determinante (na qualidade de perito) em cada Centro de Saúde dos 10 concelhos da RAM (excluindo Porto Santo).

Pedimos previamente autorização à Comissão de Ética para a realização deste estudo nos Centros de Saúde que integram este Serviço, tendo sido concedido em dezembro de 2014.

Neste sentido vimos solicitar a V. Exa. a colaboração na recolha de dados, que deverá ser realizada através da observação pelos senhores enfermeiros (um generalista e um especialista em reabilitação) a cada idoso que frequente a consulta de enfermagem e/ou apoio domiciliário.

O observador é codificado e recorre a uma lista de verificação, através de resposta dicotómica, no sentido de simplificar os registos dos acontecimentos. O recurso a dois codificadores (uma vez que os idosos também serão codificados), será outra forma de garantir o rigor de um sistema de codificação, que é através da mesma unidade de comportamento/atividade ser observado por dois observadores, tendo por base o mesmo sistema de codificação e de registo, após o que se determinará a concordância entre as observações.

No que respeita à recolha da amostra, será feita por conveniência, consistindo em todas as pessoas com idade ≥ 65 anos que sejam atendidas quer na consulta de enfermagem, quer no apoio domiciliário, e com ou sem alterações no andar. Não iremos colocar limite na sua dimensão, apenas o limite temporal, sendo que o pré-teste decorrerá na semana de 13 a 19 de abril (no Centro de Saúde de Machico) e o estudo decorrerá de 18 de maio a 14 de junho de 2015 (nos 10 concelhos da Região Autónoma da Madeira).

Esclarecemos que asseguramos os princípios éticos inerentes a este tipo de estudo, nomeadamente no que respeita aos dados colhidos, serão tratados de forma a manter o anonimato dos participantes e a preservar a confidencialidade das fontes (através da codificação dos observadores e dos instrumentos de colheita).

Segue-se alguns documentos que considerámos importantes nesta fase: o documento orientador de observação das pessoas com *impaired walking* e *risk for falls*, o documento orientador da informação a facultar ao sujeito participante na investigação, e por fim, o instrumento provisório de colheita de dados.

Ficamos inteiramente disponíveis para esclarecimento de algum aspeto ou para receber orientações que sejam necessárias à realização do estudo, através do contato com a investigadora principal que se encontra em rodapé.

Agradecemos a atenção de V. Exa. e despedimo-nos com elevada estima e consideração.

Com os melhores cumprimentos

Lisboa, de fevereiro de 2015

(Cristina Maria Alves Marques Vieira)

(cristina_marques@ics.lisboa.ucp.pt)

Observação dos idosos com *impaired walking* e *risk for falls*

Estimado(a) Sr(a) Enfermeiro(a),

Sou Cristina Maria Alves Marques Vieira, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, em Lisboa, com orientação da Professora Doutora Sílvia Maria Alves Caldeira Berenguer e coorientação da Professora Doutora Lisete Maria Ribeiro de Sousa.

Vimos pedir a sua colaboração para a aplicação do instrumento de colheita de dados, que irá integrar o projeto de investigação intitulado “Validação do diagnóstico de enfermagem *impaired walking* em idosos” (tradução preliminar: andar comprometido). Para efeitos comparativos, iremos validar também o diagnóstico “risco de quedas”.

A sua colaboração é fundamental neste estudo, no sentido de proceder à observação e preenchimento de um questionário aos idosos que frequentam a consulta de enfermagem nos Centros de Saúde que integram o SESARAM, EPE. Cada idoso (idade ≥ 65 anos) será observado por um enfermeiro especialista em reabilitação e um enfermeiro generalista, não necessariamente em simultâneo (pode ser sequencial, mas não ultrapassar uma semana), onde será implementado o instrumento de colheita de dados, que inicia com questões de caracterização dos participantes e posteriormente a observação dos indicadores clínicos, factores etiológicos e factores de risco.

Gostaríamos de informar que asseguramos total sigilo sobre a sua identidade, pois o seu nome ficará associado a um código. Se por algum motivo pretender deixar de participar neste estudo, isso não lhe trará qualquer prejuízo, bem como, poderá solicitar esclarecimentos adicionais em qualquer momento do estudo. Asseguramos ainda que os dados obtidos neste estudo serão utilizados apenas para fins científicos e não terá nenhuma despesa na sua participação. Agradecemos o tempo que dedicará a esta colaboração.

Caso concorde em participar neste estudo, solicitamos que preencha os seguintes dados:

Eu, _____

Enfermeiro(a), recebi todas as informações acima e ciente dos meus direitos concordo em participar no estudo intitulado “Validação do diagnóstico de enfermagem *impaired walking* em idosos”, bem como também para efeitos comparativos, na validação do diagnóstico “risco de quedas”.

(Local, data) (Assinatura)

 _ _ _ _ _

Local, data

Cristina Maria Alves Marques Vieira

(cristina_marques@ics.lisboa.ucp.pt)

Documento de Informação ao Sujeito Participante na Investigação

Eu, Cristina Maria Alves Marques Vieira, estudante de doutoramento em enfermagem, estou a desenvolver um estudo de investigação intitulado “Validação do diagnóstico de enfermagem *impaired walking* em idosos” (tradução preliminar – andar comprometido). Para efeitos comparativos iremos validar também o diagnóstico “risco de quedas”. Solicitamos o seu envolvimento, enquanto participante, na fase da colheita de dados da validação clínica para ajudar a validar estes diagnósticos de enfermagem. A sua participação neste estudo significa que a informação sobre si, o seu andar e risco de queda será recolhida e analisada juntamente com as informações de outras pessoas que têm consulta nos Centros de Saúde da Região Autónoma da Madeira. As observações e respostas individuais colhidas serão confidenciais.

Qual é o objetivo deste estudo?

O objetivo será validar o diagnóstico de enfermagem *impaired walking* em idosos. E o objetivo secundário será validar o diagnóstico “risco de quedas” para efeitos comparativos.

Quais as vantagens futuras para as pessoas em geral com este estudo?

Este estudo possibilitará a contribuição para o conhecimento em enfermagem, a formulação dos diagnósticos de enfermagem andar comprometido e risco de quedas, suportado por evidência científica, a implementação de intervenções adequadas e a mensuração de resultados sensíveis à prática clínica dos enfermeiros e a manutenção desta função.

O que é que este estudo envolve?

O Senhor Enfermeiro irá observá-lo(a) e questioná-lo(a) no que respeita à sua forma de andar/caminhar/marchar, no sentido de permitir avaliar esta função e alguns aspetos relacionados, nomeadamente o risco de quedas. O instrumento de colheita de dados levá cerca de 30 minutos a preencher. A informação recolhida será codificada e armazenada juntamente com as informações das outras pessoas.

A quem é pedido para participar neste estudo?

Foi-lhe pedido para participar neste estudo, pois tem idade igual ou superior a 65 anos e é acompanhado num Centro de Saúde que integra o SESARAM, EPE.

Existem riscos nesta participação?

Não existem riscos associados à observação/questões do instrumento de colheita de dados para este estudo.

Existem benefícios por participar?

Não irá receber nenhum benefício imediato por participar neste estudo, mas através desta avaliação pelo Sr. Enfermeiro poderá saber como está a sua saúde a este nível. No entanto, a informação recolhida no estudo beneficiará no futuro pessoas com o andar comprometido e risco de quedas.

Quem terá acesso à minha informação?

Não há identificação do seu nome em nenhum dos instrumentos de colheita de dados, apenas será colocado um código. Todos estes documentos pertencentes a este estudo serão mantidos confidenciais. É possível que a informação obtida neste estudo seja divulgada e/ou publicada futuramente, quer em eventos ou revistas científicas. Também neste caso, a sua identidade será confidencial e não será revelada na divulgação. No final do estudo destruiremos todos os instrumentos de colheita de dados.

Existem custos envolvidos?

A sua participação não envolve quaisquer encargos ou despesas da sua parte, com excepção do tempo necessário para o preenchimento do instrumento de colheita de dados por parte dos senhores enfermeiros.

Quais são os meus direitos?

A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária, pode recusar participar neste estudo ou desistir em qualquer altura. Se decidir não participar, isto não afetará o seu tratamento futuro, ou os seus direitos de saúde e legais.

A quem posso contactar se tiver alguma questão ou preocupação?

Se tiver alguma dúvida sobre os seus direitos como participante, pode contactar Cristina Marques Vieira, através do cristina_marques@ics.lisboa.ucp.pt.

**Documento de Consentimento Livre e Esclarecido
(em duplicado)**

Entendo que toda a informação derivada do estudo “Validação do Diagnóstico de Enfermagem *Impaired Walking* em idosos” e “risco de quedas” é propriedade de Cristina Maria Alves Marques Vieira. Dou o meu consentimento para que dados anónimos a meu respeito possam ser guardados e processados por Cristina Maria Alves Marques Vieira, para fins de avaliação científica. Foi-me lida/Li a informação mencionada acima. Entendo o significado desta informação, e as minhas perguntas foram satisfatoriamente respondidas. Tive tempo suficiente para decidir sobre a participação neste estudo. Venho por este meio consentir a minha participação, através da recolha, uso e divulgação da informação. Irei receber uma cópia deste documento de consentimento informado assinada e datada.

Assinatura do participante _____

Data _____

Nome do Investigador _____

Data _____

Instrumento de Colheita de Dados (Provisório)

Formulário nº	
Data	/ /2015
Duração	Minutos

1ª Parte: Caracterização do Participante

1 – Idade

	Anos
--	------

2 - Sexo

Feminino	
Masculino	

3- Formação

Sem ensino/1º Ciclo incompleto		3º Ciclo (9ºAno)	
1º Ciclo		12º ano (ou equivalente)	
2º Ciclo (6ºAno)		Ensino Superior	

4- Profissão

Doméstica	
Reformado(a)a	
Ativo. Qual a profissão?	

5 – Fonte de rendimentos? _____

6 – Estado Cível

Solteiro(a)	
Casado(a)	
Divorciado(a)	
Viúvo(a)	
União de Facto	

7 – Com quem mora?

Sozinho(a)	
Com cônjuge	
Com filha(o)	
Institucionalizado	
Outro	

8- Onde passa o dia?

Centro de Dia	
Centro de Convívio	

Casa	
Outro, Qual?	

9- Ocupação dos tempos livres?

10 - É cuidador(a) de terceiros? Sim

☐

Não

☐

De quem? _____ Idade? _____ anos

11 – Diagnóstico(s) Médico (s): _____

12 - Antecedentes pessoais:

Grupo	Patologia
Cardiovascular	
Neurologica	
Neuro-muscular	
Músculo esquelética	
Endocrina	
Psiquiátrica	
Outras:	

13 – Medicação: _____

14 – Qual a importância do andar/caminhar/marchar na sua vida

Pouco importante ☐ Importante ☐ Muito importante ☐

Especifique: _____

15 – Já teve alguma queda? Sim ☐ Não ☐

Se sim, quando? _____ e frequência? _____

16 - Escala de Avaliação da Confiança no Equilíbrio Específica para a Actividade (Escala CEEA)

Por favor indique o seu nível de autoconfiança para realizar cada uma das seguintes actividades, escolhendo o número correspondente na seguinte escala de avaliação:

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

Sem nenhuma confiança

Confiança completa

Que confiança tem em que não vai perder o equilíbrio ou ficar instável quando:

1. Anda em casa? ____%
2. Sobe ou desce escadas? ____%
3. Se inclina para a frente para apanhar um chinelo do fundo do armário? ____%
4. Alcança uma lata pequena de uma prateleira ao nível dos olhos? ____%
5. Se põe em bicos de pés para alcançar alguma coisa acima da sua cabeça? ____%
6. Se põe em cima de uma cadeira para tentar alcançar alguma coisa? ____%
7. Varre o chão? ____%
8. Sai de um prédio e se dirige a um carro parado em frente à porta? ____%
9. Entra ou sai de um carro? ____%
10. Atravessa um parque de estacionamento até um centro comercial ou supermercado? ____%
11. Sobe ou desce uma rampa? ____%
12. Anda num centro comercial ou supermercado com muita gente onde as pessoas passam rapidamente por si? ____%
13. Leva encontrões de pessoas quando anda num centro comercial ou supermercado? ____%
14. Entra ou sai de uma escada rolante segura(o) ao corrimão? ____%
15. Entra ou sai de uma escada rolante com embrulhos ou sacos na mão, de forma que não se pode segurar ao corrimão? ____%
16. Anda na rua em passeias escorregadias? ____%

Fonte: Soares-Branco (2010) da "Activitis-specific Balance Confidence Scale"

17 – Quando à observação que faz do andar, preencha:

Andar Comprometido (00088) Limitação de movimento independente, a pé, dentro do ambiente				Opinião do idoso
Caraterísticas Definidoras (Indicadores Clínicos; Sinais e Sintomas; Consequentes)	Pre-sente	Ausen-te	Não se aplica	
Capacidade comprometida para subir escadas				
Capacidade comprometida para contornar lancil				
Capacidade comprometida para descer em plano inclinado				
Capacidade comprometida para subir em plano inclinado				
Capacidade comprometida para caminhar em superfícies irregulares				
Capacidade comprometida para caminhar a distância necessária				
Outro:				

Factores Relacionados (Etiologia, Factores Preditores, Antecedentes)	Present e	Ause nte	Não se aplica
Compromisso cognitivo			
Descondicionamento			
Humor deprimido			
Restrições ambientais (ex.: escadas, inclinações, superfícies irregulares, obstáculos inseguros, distâncias, falta de dispositivos ou pessoa de assistência, restrições)			
Medo de Cair			
Equilíbrio comprometido			
Visão comprometida			
Força muscular insuficiente			
Falta de conhecimento			
Resistência limitada			
Compromisso Musculo-esquelético (ex: contraturas)			
Compromisso neuromuscular			
Obesidade			
Dor			
Outro:			

18 – O investigador considera que o participante tem o diagnóstico de andar comprometido presente? Sim ☐ Não ☐

19 – O participante considera que tem o diagnóstico de andar comprometido presente? Sim ☐ Não ☐

Se sim, o que mais o incomoda? (Voltar à questão 17 e preencher a ultima coluna referente à “opinião do idoso”)

20 – Quando à observação que faz do risco de quedas, preencha:

Risco de Queda (00155)				Opinião do idoso
Risco de suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico				
Factores de Risco (Etiologia, Factores Preditores, Antecedentes)	Presente	Ausente	Não se aplica	
Ambientais: Ambiente com móveis e objetos em excesso				
Ausência de material antiderrapante na banheira				
Ausência de material antiderrapante no chuveiro				
Condições climáticas (ex. pisos molhados, gelo, entre outros)				
Imobilização				
Pouca iluminação				
Quarto não familiar				
Tapetes espalhados pelo chão				
Cognitivos: Estado mental diminuído				
Em adultos: História de quedas				
Idade superior a 65 anos				
Morar sozinho				
Prótese de membro inferior				
Uso de cadeira de rodas				
Uso de dispositivos auxiliares (ex. andarilho, bengala, entre outros)				
Fisiológicos:				
Anemia				
Artrite				
Condições pós-operatórias				
Déficits proprioceptivos				
Diarreia				
Dificuldade no andar				
Dificuldade auditiva				
Dificuldade visual				
Doença vascular				
Equilíbrio prejudicado				
Falta de sono				
Força diminuída nas extremidades inferiores				
Hipotensão ortostática				
Incontinência				
Mobilidade física prejudicada				
Mudanças na taxa de açúcar após as refeições				
Neoplasia (ex. fadiga, mobilidade limitada, entre outros)				
Neuropatia				
Presença de doença aguda				
Problema nos pés				
Urgência urinária				
Vertigem ao fazer extensão do pescoço				
Vertigem ao rotação do pescoço				
Medicação:				
Ansiolíticos				
Anti-hipertensores				
Antidepressivos				
Diuréticos				

Hipnóticos				
IECA (Inibidor da Enzima conversora da angiotensina)				
Narcóticos/opiáceos				
Tranquilizantes				
Consumo de álcool				
Outro:				

21 – O investigador considera que o participante tem o diagnóstico de risco de queda presente?

Sim

☐

Não

☐

22 – O participante considera que tem o diagnóstico de risco de queda presente?

Sim

☐

Não

☐

Se sim, o que mais o incomoda? (Voltar à questão 20 e preencher a ultima coluna referente à “opinião do idoso)

23- Contexto onde o instrumento foi aplicado?

Centro Saúde
Domicílio

☐
☐

Grata pela sua participação!

**APÊNDICE 12 – Pedido de autorização para a utilização da escala
FES-I**

Pedido de autorização para a escala FES-I

Assunto: Validation of the Falls Efficacy ScaleInternational (FESI)

Remetente: Cristina Maria Alves Marques Vieira

Para: l.yardley@soton.ac.uk

Data 2015-05-14 19:18

FESI_Original.pdf (116 KB)

Dear Luck Yardley,

I am PhD student in Universidade Católica Portuguesa, Lisbon, and the title of my work is "Validation of the nursing diagnosis impaired walking (00088) in elderly". I'm sending this email because I read your article "Development and initial validation of the Falls Efficacy ScaleInternational (FESI)", which resulted in two articles in which I quoted you, which were submitted for publication.

Due to the particularities of this scale, I would request permission to use the scale in my doctoral work.

Kind regards,

Cristina Marques-Vieira, RN, MSc
Instituto de Ciências da Saúde
Universidade Católica Portuguesa
Edifício 2, Gabinete 2505
Palma de Cima
1649-023 Lisboa - Portugal Tel.+351 217214147 ext. 4478

CV: <http://www.degois.pt/visualizador/curriculum.jsp?key=1043844319285893>

APÊNDICE 13 – Autorização da autora da validação da escala FES-I

Autorização da autora da validação da escala FES-I

Assunto: RE: Validation of the Falls Efficacy ScaleInternational (FESI)

Remetente: Yardley L.

Para:Cristina Maria Alves Marques Vieira

Data: 2015-05-15 08:07

You are welcome to use it,

Best wishes,

Lucy

APÊNDICE 14 – Adenda ao pedido anterior à Comissão de Ética

Exmo. Senhor
Presidente da Comissão de Ética do
Serviço de Saúde da Região Autónoma da
Madeira (SESARAM)
Dr. Ricardo Santos

Eu, Cristina Maria Alves Marques Vieira, estudante de doutoramento na Universidade Católica Portuguesa - Lisboa, estou a desenvolver um estudo intitulado “Validação do diagnóstico de enfermagem *impaired walking* em idosos”, com a orientação da Professora Doutora Sílvia Maria Alves Caldeira Berenguer e coorientação da Professora Doutora Lisete Maria Ribeiro de Sousa. Este estudo tem como objetivo geral validar o diagnóstico de enfermagem *impaired walking* (andar comprometido) na população idosa e tem como finalidade contribuir para o conhecimento em enfermagem, nomeadamente para o desenvolvimento de classificações de diagnósticos e, assim, promover a identificação acurada do diagnóstico na prática clínica, suportado por evidência científica.

Por (re)conhecida a particularidade da organização do SESARAM, E.P.E.. no que respeita à alocação de enfermeiros especialistas de reabilitação na rede de cuidados de saúde primários na RAM, solicitei no passado dia 13 de outubro de 2014 autorização para realizar o nosso estudo, pedido que veio autorizado, e com número de ofício S.1422754 de 10 de dezembro de 2014.

Decorrente da revisão sistemática da literatura, das sugestões dos senhores enfermeiros envolvidos no estudo e do pré-teste que decorreu no centro de Saúde de Machico, o instrumento de colheita de dados sofreu várias alterações. Neste sentido vimos por este meio vimos apresentar a V. Exa. uma adenda ao pedido anterior, para a colheita de dados que está prevista ter início de 18 de maio, e que decorrerá até 14 de junho de 2015.

Ficamos inteiramente disponíveis para esclarecimento de algum aspeto ou para receber orientações que sejam necessárias à realização do estudo. Anexamos a este requerimento: o instrumento de colheita de dados.

Perante o exposto, aguardaremos a resposta de V. Exa, através do contato com a investigadora principal que se encontra em rodapé.

Agradecemos a atenção e despedimo-nos com elevada estima e consideração.

Com os melhores cumprimentos

Lisboa, 11 de maio de 2015

Cristina Maria Alves Marques Vieira

(cristina_marques@ics.lisboa.ucp.pt)

APÊNDICE 15 – Resposta da Comissão de Ética à adenda

Assunto: RE: Adenda a autorização S.1422754 de 10 de dezembro de 2014

Remetente: Conselho de Administração

Para:Cristina Maria Alves Marques Vieira

Data: 2015-06-09 13:019

Prioridade: Muito alta

Exm.^a Senhora Dra. Cristina Vieira,

Em resposta ao solicitado e na sequência do V/email, relativo ao assunto mencionado em epígrafe, em despacho exarado pela Presidente do Conselho de Administração, Senhora Dr.^a Lígia Correia, somos a informar V. Exas. que as alterações apresentadas no instrumento de colheita, em nada alteram o Parecer n.º 43/2014 da CES, pelo que pode o mesmo ser praticado nos termos propostos.

Com os nossos melhores cumprimentos,

Ana Paula Gouveia
Secretariado do Conselho de Administração
Service Desk: Ext.: 6201 / 291 709602



Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E.
Av. Luís de Camões, N.º 57 • 9004-514 • Funchal
Telef.: 291 709600 • Fax: 291 709601

APÊNDICE 16 – Tabelas de tradução da NANDA-I (2012-2014)

Nursing Diagnoses NANDA-Internacional (2012-14)

			Data	Junho de 2014
Versão original	Tradução para Português (1)	Tradução para Português (2)	Tradução (3) para confrontar as 2 versões	Tradução final resultante de discussão de peritos
Impaired Walking (00088)	Marcha prejudicada	Andar debilitado	Marcha comprometida	Andar Comprometido
Domain 4: Activity/Rest	Domínio 4: Atividade/Repouso	Domínio 4: Atividade/Repouso	XXXXXX	Domínio 4: Atividade/Repouso
Class 2: Activity/Exercise	Classe 2: Atividade/Exercício	Classe 2: Atividade / Exercício	XXXXXX	Classe 2: Atividade / Exercício
Definition: Limitation of independent movement within the environment on foot	Definição: Limitação de movimentos independentes dentro do ambiente, a pé	Definição: Limitação dentro do ambiente do movimento independente a pé	Definição: Limitação de movimento independente, a pé, dentro do ambiente	Limitação de movimento independente, a pé, dentro do ambiente
Defining Characteristics:	Características Definidoras:	Características Definidoras:	Características Definidoras:	Características Definidoras:
Impaired ability to climb stairs	Diminuição da capacidade de subir escadas	Capacidade reduzida em subir escadas	Capacidade reduzida em subir escadas	Capacidade comprometida para subir escadas
Impaired ability to navigate curbs	Diminuição da capacidade de percorrer curvas	Capacidade reduzida de contornar curvas	Capacidade comprometida para contornar curvas	Capacidade comprometida para contornar laticil
Impaired ability to walk on a decline	Diminuição da capacidade de andar numa declinação	Capacidade reduzida para caminhar numa descida	Capacidade reduzida em descer	Capacidade comprometida para descer em plano inclinado
Impaired ability to walk on an incline	Diminuição da capacidade de andar numa inclinação	Capacidade reduzida para caminhar numa subida	Capacidade reduzida em subir	Capacidade comprometida para subir em plano inclinado
Impaired ability to walk on uneven surfaces	Diminuição da capacidade de andar em superfícies irregulares	Capacidade reduzida para caminhar em superfícies irregulares	Capacidade reduzida em caminhar em superfícies irregulares	Capacidade comprometida para caminhar em superfícies irregulares
Impaired ability to walk required distances	Diminuição da capacidade de andar distâncias necessárias	Capacidade reduzida para caminhar distâncias requeridas	Capacidade reduzida, em percorrer, determinadas distâncias	Capacidade comprometida para caminhar a distância necessária
Related Factors:	Fatores relacionados:	Fatores relacionados:	Fatores relacionados:	Fatores relacionados:
Cognitive impairment	Compromisso cognitivo	Défice cognitivo	Défice cognitivo	Défice cognitivo
Deconditioning	Descondicionamento	Descondicionamento	XXXXXX	Descondicionamento
Depressed mood	Humor deprimido	Humor deprimido	XXXXXX	Humor deprimido

Environmental constraints (e.g., stairs, inclines, uneven surfaces, unsafe obstacles, distances, lack of assistive devices or person, restraints)	Limitações ambientais (i.e., escadas, pisos inclinados, superfícies irregulares, obstáculos inseguros, distâncias, falta de dispositivos ou pessoa para assistência, restrições)	Restrições ambientais (ex.: escadas, inclinações, superfícies irregulares, obstáculos inseguros, distâncias, falta de dispositivos ou pessoa de assistência, restrições)	Restrições ambientais (ex: escadas, inclinações, superfícies irregulares, obstáculos inseguros, distâncias, falta de dispositivos, restrições)	Barreiras ambientais (ex.: escadas, inclinações, superfícies irregulares, obstáculos inseguros, distâncias, falta de dispositivo)
Fear of falling	Medo de cair	Medo de cair	XXXXXX	Medo de Cair
Impaired balance	Equilíbrio prejudicado/Compromisso de equilíbrio	Equilíbrio deficiente	Equilíbrio comprometido	Equilíbrio comprometido
Impaired vision	Visão prejudicada/Compromisso visual	Visão deficiente	Visão comprometida	Visão comprometida
Insufficient muscle strength	Força muscular insuficiente	Força muscular insuficiente	XXXXXX	Força muscular insuficiente
Lack of knowledge	Falta de conhecimento	Falta de conhecimento	XXXXXX	Falta de conhecimento
Limited endurance	Resistência limitada	Resistência limitada	XXXXXX	Resistência limitada
Musculoskeletal impaired (e.g., contractures)	Compromisso musculoesquelético (i.e. contraturas)	(Sistema) Musculoesquelético deficiente (ex.: contracturas)	Compromisso musculoesquelético (ex: contraturas)	Compromisso musculoesquelético (ex: contraturas)
Neuromuscular impaired	Compromisso neuromuscular	(Sistema) Neuromuscular deficiente	Compromisso Neuromuscular	Compromisso Neuromuscular
Obesity	Obesidade	Obesidade	XXXXXX	Obesidade
Pain	Dor	Dor	XXXXXX	Dor

Muito obrigada pela sua colaboração.

Cristina Marques Vieira

APÊNDICE 17 – Tabelas de tradução da NADA-I (2015-2017)

Data

Janeiro de 2015

Nursing Diagnoses NANDA-Internacional (2015-2017)

Versão original	Tradução final da versão 2015-2017 (feita por duas tradutoras e foi concordante)
Impaired Walking (00088)	Andar comprometido
Domain 4: Activity/Rest	Domínio 4: Atividade/ Repouso
Class 2: Activity/Exercise	Classe 2: Atividade / Exercício
Definition: Limitation of independent movement within the environment on foot	Definição: Limitação de movimento independente, a pé, dentro do ambiente
Defining characteristics:	Caraterísticas definidoras:
Impaired ability to climb stairs	Capacidade comprometida para subir escadas
Impaired ability to navigate curbs	Capacidade comprometida para contornar lancil
Impaired ability to walk on a decline	Capacidade comprometida para descer em plano inclinado
Impaired ability to walk on an incline	Capacidade comprometida para subir em plano inclinado
Impaired ability to walk on uneven surfaces	Capacidade comprometida para caminhar em superfícies irregulares
Impaired ability to walk required distances	Capacidade comprometida para caminhar determinadas distâncias
Related factors:	Fatores relacionados:
Alteration in cognitive functioning	Alteração na função cognitiva
Alteration in mood	Alteração no humor
Decrease in endurance	Diminuição na resistência
Environmental barrier (e.g., stairs, inclines, uneven surfaces, unsafe obstacles, distances, lack of assistive device)	Barreiras ambientais (ex.: escadas, inclinações, superfícies irregulares, obstáculos inseguros, distâncias, falta de dispositivo)
Fear of falling	Medo de Cair
Impaired balance	Equilíbrio comprometido
Impaired vision	Visão comprometida
Insufficient knowledge of mobility strategies	Conhecimento insuficiente sobre as estratégias de mobilidade
Insufficient muscle strength	Força muscular insuficiente
Musculoskeletal impaired	Compromisso Musculo-esquelético
Neuromuscular impaired	Compromisso neuromuscular
Obesity	Obesidade
Pain	Dor
Physical deconditioning	Diminuição da condição física

Versão original	Tradução final da versão 2015-2017
Risk for falls (00155)	Risco de Quedas (00155)
Domain 11: Safety/Protection	Domínio 11: Segurança/proteção
Class 2: Physical injury	Classe 2: Lesão física
Definition: Vulnerable to increased susceptibility to falling, which may cause physical harm and compromise health	Definição: vulnerabilidade para maior susceptibilidade às quedas, que podem causar dano físico e comprometer a saúde
Risk factors:	Fatores de risco:

Adults	Adultos:
Age ≥ 65 years	Idade ≥ a 65 anos
History of falls	História de quedas
Living alone	Viver sozinho
Lower limb prosthesis	Prótese no membro inferior
Use of assistive device (e. g., walker, cane, wheelchair)	Uso de auxiliar de marcha (ex. Andarilho, Canadiana, cadeira de rodas)
Environment:	Ambientais:
Cluttered environment	Ambiente desorganizado
Exposure to unsafe weather-related condition (e.g., wet floors, ice)	Exposição a condições de insegurança relacionadas com as condições climáticas (ex. Piso molhado, gelo)
Insufficient lighting	Iluminação insuficiente
Insufficient anti-slip material in bathroom	Material antiderrapante insuficiente no WC
Unfamiliar setting	Ambiente não familiar
Use of restraints	Uso de contenções
Use of throw rugs	Uso de tapetes soltos
Pharmaceutical agents:	Agentes farmacológicos:
Alcohol consumption	Consumo de álcool
Pharmaceutical agent	Fármacos
Physiological :	Fisiológicos:
Acute illness	Doença aguda
Alteration in blood glucose level	Alteração da glicemia
Anemia	Anemia
Arthritis	Artrite
Condition affecting the foot	Condições que afetam os pés
Decrease in lower extremity strength	Diminuição na força das extremidades inferiores
Diarrhea	Diarreia
Difficulty with gait	Dificuldade na marcha
Faintness when extending neck	Desmaio ao estender o pescoço
Faintness when turning neck	Desmaio ao virar o pescoço
Hearing impairment	Compromisso da audição
Impaired balance	Compromisso do equilíbrio
Impaired mobility	Compromisso da mobilidade
Incontinence	Incontinência
Neoplasm	Neoplasia
Neuropathy	Neuropatia
Orthostatic hypotension	Hipotensão ortostática
Postoperative recovery period	Período de Recuperação pós-cirúrgica
Proprioceptive deficit	Défice proprioceptivo
Sleeplessness	Insônia
Urinary urgency	Urgência urinária
Vascular disease	Doença vascular
Visual impairment	Compromisso visual

Muito obrigada pela sua colaboração.

Cristina Marques Vieira

**APÊNDICE 18 – Tabelas de tradução das características definidoras,
fatores relacionados e fatores de risco dos resultados de ambas as
revisões sistemáticas da literatura**

Data

Abril de 2015

Tradução das Características Definidoras e Fatores Relacionados que emergiram da

RSL

Versão original	Tradução 1	Tradução 2	Tradução Final
Impaired ability to walk certain distances at any given time [Cadence; cycle time; gait cycle; stance time the time during which the foot in contact with the floor... stance, time for each step); stride length; step length (the distance between 2 consecutive footprints); step width (distance between the outermost borders of 2 consecutive footprints)]	Capacidade comprometida para caminhar determinadas distâncias em determinado tempo [Cadência, tempo de ciclo, ciclo de marcha, tempo de postura, tempo em que o pé está em contacto com o chão...postura, tempo para cada passada); comprimento da passada; comprimento do passo (a distância entre duas pegadas consecutivas); largura da passada (distância entre as fronteiras periféricas de duas pegadas consecutivas)]	Capacidade comprometida para caminhar determinadas distâncias em determinado tempo ...	Capacidade comprometida para caminhar determinadas distâncias em determinado tempo [Cadência, tempo de ciclo, ciclo de marcha, tempo de apoio, tempo em que o pé está em contacto com o chão...postura, tempo para cada passada); comprimento da passada; comprimento do passo (a distância entre duas pegadas consecutivas); largura da passada (distância entre as fronteiras periféricas de duas pegadas consecutivas)]
Impaired ability to walk required duration of walking	Capacidade de andar durante o tempo requerido prejudicada	Capacidade comprometida para andar durante uma caminhada	Capacidade comprometida para andar durante o tempo requerido
* Impaired speed walking (important predictor of walking capability along a continuum from limited household ambulation to unlimited community ambulation AND is a simple but highly reliable and responsive parameter for gait)	Capacidade comprometida da velocidade da marcha (preditor importante da capacidade de marcha durante um contínuo desde deambulação limitada no domicílio a deambulação comunitária ilimitada E é um parâmetro simples mas altamente fiável e responsivo)	Capacidade comprometida da velocidade da marcha (preditor importante da capacidade de marcha durante um contínuo desde deambulação limitada no domicílio a deambulação comunitária ilimitada E é um parâmetro simples mas altamente fiável e responsivo)	Capacidade comprometida da velocidade da marcha (preditor importante da capacidade de marcha durante um contínuo desde deambulação limitada no domicílio a deambulação comunitária ilimitada E é um parâmetro simples mas altamente fiável e responsivo)
Impaired walking forward on a flat surface	Andar para a frente numa superfície plana, prejudicado	Andar comprometida em andar para a frente em superfície plana	Andar comprometido para andar para a frente em superfície plana
Impaired walking on changing terrains (outdoor gait)	Andar em superfícies alteradas prejudicado (avaliação de marcha no	Andar comprometido em terreno acidentados	Andar comprometido em terreno acidentados (avaliação

assessment on tarred and cobblestoned)	exterior em pisos alcatroados e de calçada)	(avaliação no exterior em chão asfaltado e calçetado)	no exterior em piso asfaltado e calçetado)
Impaired stance	Postura prejudicada	Postura alterada	Postura alterada
Intermittent claudication	Claudicação intermitente	Claudicação intermitente	Claudicação intermitente
impaired ability to change gait speed			Capacidade comprometida para alterar a velocidade da marcha
Impaired walking on additional challenges (auditory or visual stimuli)	Andar comprometido perante outros desafios (estímulos auditivos e visuais)	Andar comprometido perante outros desafios (estímulos auditivos e visuais)	Andar comprometido perante outros desafios (estímulos auditivos e visuais)
Impaired walking to change postural (turning the head, stooping)	Andar comprometido na mudança de postura (virar a cabeça, inclinando-se)	Andar comprometido na mudança de postura (virar a cabeça, inclinando-se)	Andar comprometido na mudança de postura (virar a cabeça, inclinando-se)
Fatigue	Fadiga	Fatiga	Fadiga
walking aid (Two-wheeled walker, Cane, Quadruped cane, Forearm crutches)	Apoio de marcha (andariço de rodas duplas, bengala, bengala quadripé (ou de quatro apoios), canadianas)	Apoio para a marcha (caldeira de rodas, canadiana, tripé)	Apoio de marcha (andariço de rodas duplas, bengala, bengala de quatro apoios, canadianas)
Walking with assistance	Andar com ajuda	Andar com apoio de terceiros	Andar com ajuda de terceiros
Compromisso cardiopulmonary (angina, congestive heart failure, or heart attack; lung disease)	Compromisso cardiopulmonar (angina, insuficiência cardíaca congestiva, ou enfarte; doença pulmonar)	Compromisso cardiorrespiratório (angina, insuficiência cardíaca congestiva, ou enfarte; doença pulmonar)	Compromisso cardiorrespiratório (angina, insuficiência cardíaca congestiva, ou enfarte; doença pulmonar)
orthostatic hypotension (management of postural)	Hipotensão ortostática (gestão postural)	Hipotensão ortostática (manutenção postural)	Hipotensão ortostática (gestão postural)
sleep problems	Problemas de sono	Distúrbios do sono	Problemas de sono
Impaired perceptual of ability to walk safely	Percepção de capacidade de andar em segurança prejudicada	Alteração da percepção da capacidade de andar em segurança	Percepção de capacidade de andar em segurança comprometida
Numerous activities or tasks (Activities of daily living)	Inúmeras atividades ou tarefas (atividades de vida diária)	Numerosas atividades ou tarefas (atividades de vida diária)	Numerosas atividades ou tarefas (atividades de vida diária)

Impaired Balance Perception	Percepção de equilíbrio prejudicada	Percepção de equilíbrio alterado	Percepção de equilíbrio prejudicada
Aging (age)	Envelhecimento (idade)	Envelhecimento-Idade	Envelhecimento (idade)
Beliefs (education, religion, sedentary behavior)	Crenças (educação e religião, comportamento sedentário)	Crenças (educação, religião, comportamento sedentário)	Crenças (educação e religião, comportamento sedentário)
Medication (Antidepressants (tricyclic, antidepressants and selective serotonin reuptake inhibitors); Antihypertensives; Antipsychotics (typical and atypical); Benzodiazepines (short- and long-acting), Cholinesterase inhibitors; Diuretics; Nonsteroidal anti-inflammatory drugs; Sedatives and hypnotics)	Medicação (antidepressivos (antidepressivos tricíclicos e inibidores da recaptação seletiva de serotonina); antihipertensivos; antipsicóticos (típicos e atípicos); benzodiazepinas (ação curta e longa), inibidores da colinesterase; diuréticos; drogas anti-inflamatórias não esteroides; sedativos e hipnóticos)	Medicação (antidepressivos, tricíclicos, antidepressivos e inibidores da serotonina); antihipertensores; antipsicóticos (típicos e atípicos); benzodiazepinas (de curta e longa duração); inibidores da colinesterase; diuréticos; anti-inflamatórios não esteroides; sedativos e hipnóticos)	Medicação (antidepressivos (antidepressivos tricíclicos e inibidores da recaptação seletiva de serotonina); antihipertensivos; antipsicóticos (típicos e atípicos); benzodiazepinas (de curta e longa duração), inibidores da colinesterase; diuréticos; anti-inflamatórios não esteroides; sedativos e hipnóticos)
Atrophy of muscle mass	Atrofia da massa muscular	Atrofia de massa muscular	Atrofia da massa muscular
Management of foot problems and footwear (aesthetics, comfort, and safety)	Gestão de problemas de pé e de calçado (estética, conforto e segurança)	Gestão de problemas dos pés e calçado (estética, conforto e segurança)	Gestão de problemas dos pés e de calçado (estética, conforto e segurança)
hearing problems	Problemas de audição	Problemas de audição	Problemas de audição
Feminine gender	Gênero feminino	Sexo feminino	Sexo feminino
Health status	Estado de saúde	Estado de saúde	Estado de saúde
Perturbations mental health (depressive)	Perturbações saúde mental (depressão)	Perturbações saúde mental (sintomas depressivos)	Perturbações de saúde mental (ex.: sintomas depressivos)
Institutionalization	Institucionalização	Institucionalização	Institucionalização
lack of social support (social-family depreciation)	ausência de suporte social (desvalorização sociofamiliar)	ausência de suporte social (desvalorização sociofamiliar)	ausência de suporte social (desvalorização sociofamiliar)
post-surgical recovery period			período de recuperação pós-cirurgia

Muito obrigada pela sua colaboração.

Cristina Marques Vieira

**APÊNDICE 19 – Tabelas de retrotradução das características
definidoras, fatores relacionados e fatores de risco**

Data	Abril de 2015
-------------	----------------------

Diagnósticos de Enfermagem NANDA-Internacional (2015-2017)

Tradução final da versão 2015-2017	Versão final da retrotradução
Andar comprometido	Impaired Walking (00088)
Domínio 4: Atividade/ Repouso	Domain 4: Activity/Rest
Classe 2: Atividade / Exercício	Class 2: Activity/Exercise
Definição: Limitação de movimento independente, a pé, dentro do ambiente	Definition: Limitation of independent movement within the environment on foot
Caraterísticas definidoras:	Defining characteristics:
Capacidade comprometida para subir escadas	Impaired ability to climb stairs
Capacidade comprometida para contornar lancil	Impaired ability to navigate curbs
Capacidade comprometida para descer em plano inclinado	Impaired ability to walk on a decline
Capacidade comprometida para subir em plano inclinado	Impaired ability to walk on an incline
Capacidade comprometida para caminhar em superfícies irregulares	Impaired ability to walk on uneven surfaces
Capacidade comprometida para caminhar determinadas distâncias	Impaired ability to walk required distances
Fatores relacionados:	Related factors:
Alteração na função cognitiva	Alteration in cognitive functioning
Alteração no humor	Alteration in mood
Diminuição na resistência	Decrease in endurance
Barreiras ambientais (ex.: escadas, inclinações, superfícies irregulares, obstáculos inseguros, distâncias, falta de dispositivo)	Environmental barrier (e.g., stairs, inclines, uneven surfaces, unsafe obstacles, distances, lack of assistive device)
Medo de Cair	Fear of falling
Equilíbrio comprometido	Impaired balance
Visão comprometida	Impaired vision
Conhecimento insuficiente sobre as estratégias de mobilidade	Insufficient knowledge of mobility strategies
Força muscular insuficiente	Insufficient muscle strength
Compromisso Musculo-esquelético	Musculoskeletal impaired
Compromisso neuromuscular	Neuromuscular impaired
Obesidade	Obesity
Dor	Pain
Diminuição da condição física	Physical deconditioning

Tradução final da versão 2015-2017	Versão final da retrotradução
Risco de Quedas (00155)	Risk for falls (00155)
Domínio 11: Segurança/proteção	Domain 11: Safety/Protection
Classe 2: Lesão física	Class 2: Physical injury

Definição: vulnerabilidade para maior susceptibilidade às quedas, que podem causar dano físico e comprometer a saúde	Definition: Vulnerable to increased susceptibility to falling, which may cause physical harm and compromise health
Fatores de risco:	Risk factors:
Adultos:	Adults
Idade ≥ a 65 anos	Age ≥ 65 years
História de quedas	History of falls
Viver sozinho	Living alone
Prótese no membro inferior	Lower limb prosthesis
Uso de auxiliar de marcha (ex. Andarilho, Canadiana, cadeira de rodas)	Use of assistive device (e. g., walker, cane, wheelchair)
Ambientais:	Environment:
Ambiente desorganizado	Cluttered environment
Exposição a condições de insegurança relacionadas com as condições climáticas (ex. Piso molhado, gelo)	Exposure to unsafe weather-related condition (e.g., wet floors, ice)
Iluminação insuficiente	Insufficient lighting
Material antiderrapante insuficiente no WC	Insufficient anti-slip material in bathroom
Ambiente não familiar	Unfamiliar setting
Uso de contenções	Use of restraints
Uso de tapetes soltos	Use of throw rugs
Agentes farmacológicos:	Pharmaceutical agents:
Consumo de álcool	Alcohol consumption
Fármacos	Pharmaceutical agent
Fisiológicos:	Physiological :
Doença aguda	Acute illness
Alteração da glicémia	Alteration in blood glucose level
Anemia	Anemia
Artrite	Arthritis
Condições que afetam os pés	Condition affecting the foot
Diminuição na força das extremidades inferiores	Decrease in lower extremity strength
Diarreia	Diarrhea
Dificuldade na marcha	Difficulty with gait
Desmaio ao estender o pescoço	Faintness when extending neck
Desmaio ao virar o pescoço	Faintness when turning neck
Compromisso da audição	Hearing impairment
Compromisso do equilíbrio	Impaired balance
Compromisso da mobilidade	Impaired mobility
Incontinência	Incontinence
Neoplasia	Neoplasm
Neuropatia	Neuropathy
Hipotensão ortostática	Orthostatic hypotension
Período de Recuperação pós-cirúrgica	Postoperative recovery period
Défice proprioceptivo	Proprioceptive deficit
Insônia	Sleeplessness
Urgência urinária	Urinary urgency
Doença vascular	Vascular disease
Compromisso visual	Visual impairment

Muito obrigada pela sua colaboração.

**APÊNDICE 20 – Resultados obtidos do questionário aos
colaboradores no pré-teste**

Transcreveu-se as sugestões dos enfermeiros que colaboraram no pré-teste

Sugestão 1: “Julgo que a escala ABC não é de fácil preenchimento. Seria mais fácil colocar a questão de outra forma, ou seja, em vez de questionar o idoso “que confiança tem em que não vai perder o equilíbrio quando...; seria mais fácil perguntar: Que confiança tem quando sobe escadas, quando apanha objetos do chão, etc”.

Sugestão 2: “Tive dúvidas relativamente à forma como deveria colocar as questões no caso do doente não ter os factores de risco descritos. EX: se o doente não for obeso, deve imaginar se tivesse obesidade como seria ou simplesmente responder que não tem influência porque não tem presente esse factor.”... “A minha dúvida é igual à da questão anterior, ou seja, como é que o doente deve responder no caso de não ter esse factor presente. Deve responder que não influencia ou imaginar que tem esse problema e de que forma é que o poderia influenciar?”.

Sugestão 3: “Ocupa muito tempo o preenchimento da ABC, além de ser subjetiva”.

APÊNDICE 21 – Tabela de tradução das propostas para os diagnósticos *impered walking* e *risk for falls* à Comissão de Desenvolvimento de Diagnósticos da NANDA-I

**Tabela de tradução para Inglês Norte-americano dos resultados
obtidos**

Enunciado: Andar Comprometido no idoso	Statement: Impaired Walking in Elderly
Taxonomia II	Taxonomy II
Domínio: 4: Atividade/Repouso	Domain: 4: Activity/Rest
Classe: 2: Atividade/Exercício	Class: 2: Activity/Exercise
Taxonomia III	Taxonomy III
Domínio: 4: Funcional	Domain: 4: Functional
Classe: 2: Habilidade física	Class: 2: Physical Ability
Características Definidoras Principais	Main Defining Characteristics
Capacidade comprometida para caminhar determinadas distâncias em determinado tempo	Impaired ability to walk certain distances at any given time
Capacidade comprometida para descer em plano inclinado	Impaired ability to walk on a decline
Capacidade comprometida para caminhar em superfícies irregulares	Impaired ability to walk on uneven surfaces
Andar comprometido em terreno acidentado	Impaired walking on changing terrains
Capacidade comprometida da velocidade da marcha	Impaired ability of gait speed
Capacidade comprometida para subir escadas	Impaired ability to climb stairs
Capacidade comprometida de descer escadas	Impaired ability to go/climb down stairs
Capacidade comprometida para subir em plano inclinado	Impaired ability to climb on an inclined surface
Capacidade comprometida para alterar a velocidade da marcha	Impaired ability to change gait speed
Características Definidoras Secundárias	Secondary Defining Characteristics
Capacidade comprometida para andar durante o tempo requerido	Impaired ability to walk during required time
Capacidade comprometida para caminhar a distância necessária	Impaired ability to walk the required distance
Postura alterada	Impaired stance
Capacidade comprometida para contornar lancil	Impaired ability to navigate curbs
Andar comprometido na mudança de postura	Impaired walking in postural change
Andar comprometido perante outros desafios	Impaired walking before additional challenges
Fatores Relacionados Principais	Main Related Factors
Medo de cair	Fear of falling
Diminuição da condição física	Physical deconditioning
Medicação (ex.: antidepressivos, antihipertensores, antipsicóticos, benzodiazepinas, inibidores da colisterase, diuréticos, anti-inflamatórios não esteroides, sedativos e hipnóticos)	Medication (e.g., antidepressants, antihypertensors, antipsychotics, benzodiazepines, cholinesterase inhibitors, diuretics, nonsteroidal anti-inflammatories, sedatives and hypnotics)
Sexo feminino	Feminine gender
Fatores Relacionados Secundários	Secondary Related Factors

Diminuição na resistência	Decrease in endurance
Barreiras ambientais (ex.: escadas, inclinações, superfícies irregulares, obstáculos inseguros, distâncias, falta de dispositivos ou pessoa de assistência, restrições)	Environmental barriers (e. g., stairs, inclines, uneven surfaces, unsafe obstacles, distances, lack of assistive devices or support person, restrictions)
Equilíbrio comprometido	Impaired balance
Compromisso cardiorrespiratório	Cardiopulmonary impairment
Força muscular insuficiente	Insufficient muscle strength
Fadiga	Fatigue
Apoio de marcha (ex.: andador de rodas duplas, bengala, bengala de quatro apoios, canadianas)	Walking aid (e. g., two wheeled walker, cane, quadruped cane, forearm crutches)
Dor	Pain
Problemas de sono	Sleeping problems
Enunciado: Risco de quedas no idoso	Statement: Risk for Falls in Elderly
Taxonomia II	Taxonomy II
Domínio: 11: Segurança/Proteção	Domain: 11: Safety/Protection
Classe: 2: Lesão física	Class: 2: Physical Injury
Taxonomia III	Taxonomy III
Domínio: 5: Segurança	Domain: 5: Safety
Classe: 3: Risco para a saúde	Class: 2: Health hazards
Fatores de Risco Principais	Main Risk Factors
História de quedas	History of falls
Comorbidades	Comorbidities
Sexo feminino	Feminine gender
Polimedicção	Polymedication/polypharmacy
Dificuldade na marcha	Difficulty with gait
Fármacos	Drugs
Fatores de Risco Secundário	Secondary Risk Factors
Medo de cair	Fear of falling
Compromisso da mobilidade	Impaired mobility
Compromisso do equilíbrio	Impaired balance
Medicação antihipertensiva	Antihypertensive medication
Tonturas	Dizziness
Diminuição na força das extremidades inferiores	Decrease in lower extremity strength
Declínio nas atividades básicas de vida diária	Decline in basic activities of daily living
Insónia	Sleeplessness
Ansiedade	Anxiety
Dor crónica	Chronic pain
Hipertensão arterial	Arterial hypertension
Uso de auxiliar de marcha (ex.: andador, canadiana, cadeira de rodas)	Use of assistive device (e. g., walker, cane, wheelchair)
Relato de pior saúde física	Report of poor physical health

Cristina Marques-Vieira